

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 — N° 60

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

Etude Critique de l'Incision de Mac Burney dans l'appendicectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Jean MATHEY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 10 Août 1907 à Autun (Saône-et-Loire)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1931

Etude Critique
de l'incision de Mac Burney
dans l'Appendicectomie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 — N° 60

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

Etude Critique de l'Incision de Mac Burney dans l'appendicectomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Jean MATHEY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 10 Août 1907 à Autun (Saône-et-Loire)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUMAS	GATE	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU Ch.
	MARTIN (J.)		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. TIXIER, *Président* ; LAROYENNE, *Assesseur*

MM. BONNET et POLLOSSON, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

Professeur honoraire

Officier de l'Instruction Publique

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance. Il est le meilleur des pères ; il a tout fait pour moi. Je suivrai toujours, comme un guide précieux, l'exemple de sa vie toute faite de travail et d'honnêteté.

A MA MERE

Sa vie est pour moi le meilleur des enseignements et le plus beau des exemples. Ce modeste travail n'est qu'un faible témoignage de ma grande piété filiale.

A MA SŒUR

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL RUBENTHALER

Directeur du Service de Santé de la VII^e Région

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a guidé de ses conseils éclairés au début de notre vie médicale et militaire, et nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR ROBERT

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Officier de la Légion d'honneur

Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements respectueux et reconnaissants pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous conserverons un souvenir inaltérable de son remarquable enseignement.

A MES JUGES

AU DOCTEUR CH. CLAVEL

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a guidé de ses conseils éclairés. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Nous le remercions des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir, et de l'aimable accueil qu'il nous a réservé dans son service.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE LYON

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX MILITAIRES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AUX DOCTEURS PRIEUR, RAMNOUX, WINCKEL

Introduction

L'incision de MAC BURNEY, utilisée dans l'appendicectomie, présente un intérêt beaucoup plus considérable que celui qu'on a coutume de lui porter. Pour la première fois, en 1894, le grand chirurgien américain MAC BURNEY, alors chirurgien de l'Hôpital Roosevelt, à Philadelphie, en donna la première communication dans les Annales de chirurgie, document original dont nous donnons ultérieurement la traduction très fidèle. Cette incision marque un progrès considérable dans la technique chirurgicale de l'appendicectomie, et prime de loin les incisions anciennes, beaucoup trop mutilantes pour la paroi abdominale.

Considérée dès lors comme parfaite, il nous a semblé qu'on pourrait l'employer peut-être d'une façon systématique dans toutes les appendicectomies, qu'elles soient exécutées à froid ou à chaud. Véritablement excellente dans certains cas, nous ne contestons nullement que parfois, même exécutée dans d'excellentes conditions de technique, cette incision met le chirurgien en présence de difficultés opératoires très certaines ; c'est alors que d'autres voies, et elles sont

nombreuses, doivent être envisagées, et même préférées à l'incision de MAC BURNEY.

Nous sommes étonnés de ne pas voir mentionner l'incision de MAC BURNEY dans un travail paru récemment sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite aiguë, qui nous apporte une documentation importante (Cf. KONG-HAN-MEI, Thèse Paris, 1931) et de très nombreuses observations, puisées à la clinique d'un de nos grands maîtres de la chirurgie contemporaine.

Dans ce modeste travail, notre but a été de rechercher, en toute conscience scientifique, quelle était sa valeur exacte ; de voir s'il n'y avait pas des cas où *la clinique*, qui, ici comme ailleurs, demeure intangible et conserve toute sa valeur, devait nous imposer l'emploi d'une autre incision que celle-là. Nous faisons remarquer aussi que, sous le nom de MAC BURNEY, nous voyons exécuter couramment des incisions qui n'ont avec l'incision de MAC BURNEY qu'une parenté très lointaine ; la technique évoluant et se modifiant chaque jour au gré du chirurgien, on en arrive à une nouvelle qui n'a plus de commun avec l'originale que la dissociation des fibres musculaires des muscles grand et petit obliques, et du transverse.

Il était donc intéressant de se reporter à l'incision de l'auteur, et de rechercher si cette étiquette de MAC BURNEY ne désignait pas d'autres incisions faites un peu au hasard et selon les circonstances.

Le plan de ce travail est ainsi conçu : Nous rappellerons brièvement tout d'abord la constitution anatomotopographique de la région, que nous avons étudiée spécialement sur un certain nombre de cadavres

mis gracieusement à notre disposition par le Docteur CLAVEL, au Laboratoire de recherches du Professeur LATARJET. Nous nous sommes reportés à la technique originale de MAC BURNEY, que nous reproduisons *in extenso*. Nous envisageons ensuite les différentes modifications, les diverses améliorations de technique auxquelles sont arrivés plusieurs de nos grands Maîtres de la Chirurgie moderne, et parmi lesquels nous ne citerons que GOSSET et notre Maître le Professeur TIXIER. Nous étudions ensuite une cinquantaine d'observations de malades opérés pour appendicite par la voie de MAC BURNEY ; toutes ont été faites par le même chirurgien, le Docteur CLAVEL, chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Dans une vue d'ensemble, nous examinons enfin quels ont pu être les avantages et les inconvénients de cette incision, et, dans certains cas déterminés, nous verrons s'il faut l'employer au détriment de telle ou telle autre.

Notre modeste travail n'a pas la prétention de diminuer en quoi que ce soit la valeur des autres incisions, au profit de celle de MAC BURNEY, et de faire de celle-ci une panacée universelle ; nous voulons lui donner toute sa valeur, mais sa juste valeur, et grande serait notre récompense si nous y étions seulement parvenu.

En terminant, nous tenons à adresser nos remerciements à M. le Professeur TIXIER, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de notre Thèse. Nous sommes fier de pouvoir nous dire son élève, et nous resterons toujours attaché au Maître éminent qui a su nous faire aimer passionnément la

belle Chirurgie française. Nos remerciements vont aussi à M. le Docteur CLAVEL, qui nous a toujours accueilli avec tant de bienveillance ; il nous a prêté son précieux concours et guidé de ses conseils éclairés dans l'élaboration de ce travail. Nous lui en sommes très reconnaissant. Nous n'oublierons pas enfin le Docteur Germaine ROUGEBIEF qui, malgré ses occupations si intenses, a bien voulu contribuer activement à cette Thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie de la région

Nous avons étudié cette anatomie sur un certain nombre de sujets, et nous nous sommes efforcé de préciser les rapports de l'incision de MAC BURNEY avec la situation de l'appendice. Ils sont d'ailleurs bien connus, de même que la constitution des divers plans de la paroi, et la topographie des troncs vasculaires et nerveux qui passent entre ces muscles ou qui les traversent. Nous avons surtout cherché à trouver des repères qui permettent de localiser ces organes. Sans y attacher une importance exagérée, nous tenons toutefois à attirer l'attention du chirurgien sur les petits inconvénients qui pourraient résulter de leur traumatisme ; nous n'en donnerons pour preuve que quelques observations, où l'attention des malades, parfois très avertis et très observateurs, s'est trouvée attirée par ces petits désagréments. Nous devons donc nous efforcer de faire notre possible pour les éviter. Si en effet, dans une appendicectomie à chaud, où

nous sommes pressés, où la vie du malade est en danger, notre devoir est d'aller au plus vite, sans tenir compte de contingences ultérieures, dans une appendicectomie à froid, par contre, nous n'avons pas le droit de les négliger. Nous avons tout notre temps devant nous, nous devons satisfaire toutes les exigences du malade, et le résultat que nous obtenons doit être absolument parfait.

A côté de ces considérations purement médico-chirurgicales, il est un autre point qui n'est souvent pas négligeable dans une certaine classe de notre société moderne : c'est le point de vue esthétique. Nous nous efforcerons de ne laisser de notre intervention que des traces très discrètes et susceptibles d'être facilement dissimulées. Nous serons servis à souhait si nous prenons soin de faire notre incision dans le pli cutané abdominal transverse, qui court un peu au-dessous de la ligne bisiliaque et que l'on rencontre assez fréquemment, ainsi qu'il résulte des recherches que nous avons faites. C'est la technique utilisée par M. le Professeur TIXIER, qui fait une incision transversale à environ un travers de pouce au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Voici maintenant comment se présente à nous la région :

Ses limites sont constituées en haut par une horizontale qui passe par l'ombilic, en bas par la crête iliaque en dehors, le massif symphysaire sur le milieu, et entre les deux par l'arcade crurale tendue comme un arc entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine du pubis. Latéralement, en dedans,

le bord externe du grand droit constitue la transition avec les régions ombilicale et hypogastrique ; en dehors, le profil de l'abdomen sépare notre région de la région lombaire. Nous allons procéder à la dissection plan par plan. Les repères étant déterminés, conformément aux indications données par MAC BURNEY, nous traçons l'incision cutanée, à un travers de pouce en dedans de l'épine iliaque et presque perpendiculairement à la ligne ombilico-spinale.

Nous sectionnons la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. Nous reconnaissons aisément ce muscle dont les fibres, tendineuses à ce niveau, se dirigent en bas et en dedans avec une obliquité progressivement croissante à mesure qu'elles sont plus bas situées. Notons cependant qu'à l'angle supérieur de notre incision, nous voyons les fibres musculaires qui apparaissent ; mais elles se terminent bientôt, un peu au-dessous de l'épine iliaque, en formant un coin charnu qui pointe en direction de l'arcade crurale. A l'angle inférieur, nous sommes dans la région du canal inguinal dont l'orifice interne est facilement mis en évidence, et qui donne issue aux éléments du cordon spermatique. Ce plan superficiel, aponévrotique, nous présente à considérer deux zones bien distinctes et que l'inspection, comme la palpation, nous permettent de déterminer aisément. En dehors, une zone nacrée mince qui est formée par les aponévroses des muscles larges. Les fibres se dirigent directement vers le grand droit au niveau de l'ombilic, plus bas elles l'abordent à angle aigu, pour en constituer la gaine aponévrotique. En de-

dans, une zone moins nacrée, à travers la paroi de laquelle transparaissent les fibres charnues du grand droit. A l'union de ces deux parties, c'est-à-dire sur le bord externe du grand droit, nous sommes sur un plan exclusivement aponévrotique, formé par l'aponévrose du grand oblique et le tendon conjoint : zone très résistante sans doute, mais très mince et qu'un seul coup de bistouri permet de franchir pour pénétrer directement dans la cavité abdominale, à travers le fascia transversalis et le péritoine qui la tapisse par derrière.

Suivant exactement l'incision cutanée, nous coupons l'aponévrose du grand oblique, et nous écartons les lambeaux. Nous nous trouvons alors en présence d'un plan musculaire dont les fibres se dirigent en dedans, mais légèrement en haut, croisant en X les fibres du grand oblique. C'est le muscle petit oblique. Si nous écartons fortement vers l'ombilic la lèvre interne du grand oblique, tout à fait en dedans nous voyons apparaître la portion tendineuse du petit oblique et du transverse. La ligne de jonction des fibres musculaires et des fibres tendineuses présente une convexité dirigée vers l'épine iliaque antéro-supérieure. D'après les recherches que nous avons faites, ce coin tendineux se trouve situé, dans la grande majorité des cas, sur la ligne ombilico-spinale qui relie cette épine à l'ombilic. Nous insistons sur l'importance qu'il y a à connaître la situation exacte de ce coin aponévrotique, qui nous guidera ultérieurement pour atteindre avec certitude le rameau abdominal du nerf grand abdomino-génital. Dans la partie inférieure de

l'incision, un peu en dedans et en dessous de l'épine iliaque, émergent du petit oblique, et l'un en dessous de l'autre, deux petits troncs nerveux. Ce sont le rameau génital du grand abdomino-génital, et le nerf petit abdomino-génital, qui viennent de traverser le plan du petit oblique, et se portent vers le trajet inguinal, en courant le long de l'arcade crurale.

Nous arrivons alors sur le plan important constitué par le petit oblique. Prudemment, nous incisons ces fibres musculaires jusqu'à ce que l'on ait trouvé le plan de clivage qui sépare le petit oblique du muscle transverse. Nous reconnaissons que nous sommes sur ce nouveau plan en remarquant la nouvelle direction des fibres musculaires rencontrées. Le muscle transverse s'étend, en effet, à la manière d'une large ceinture, de la colonne vertébrale à la ligne blanche; ses fibres sont horizontales et croisent en X allongé celles du petit oblique. Prudemment, nous agrandissons la boutonnière musculaire de ce muscle, et nous découvrons, dans la partie supérieure de l'incision, croisant le tracé opératoire, un petit paquet vasculo-nerveux. Il est constitué ainsi :

1° *Une petite artère*, branche de l'artère circonflexe iliaque, remonte dans l'interstice cellulaire qui sépare les muscles transverse et petit oblique, et accompagne le tronc nerveux, *en passant en dehors de lui*. Ces deux organes sont unis dans une gaine de tissu conjonctif que nous aurons soin de dissocier *très lentement*. Nous nous permettons d'attirer ici l'attention de l'opérateur sur la fusion intime de ces deux éléments. Nous serons amenés à ligaturer et à section-

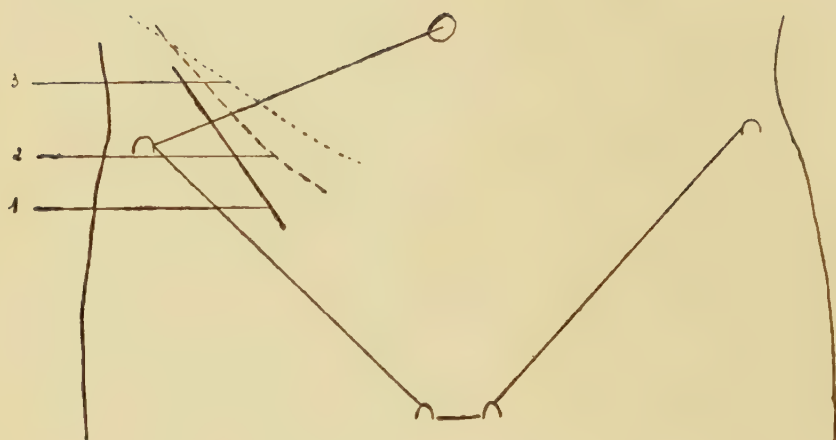


FIG. 1.

1. *Incision de MAC BURNEY bien en place.* — 2. *Incision habituelle faite pour celle de MAC BURNEY,* — 3. *Projection du trajet intrapariétal de la branche abdominale du nerf grand abdomino-génital.*

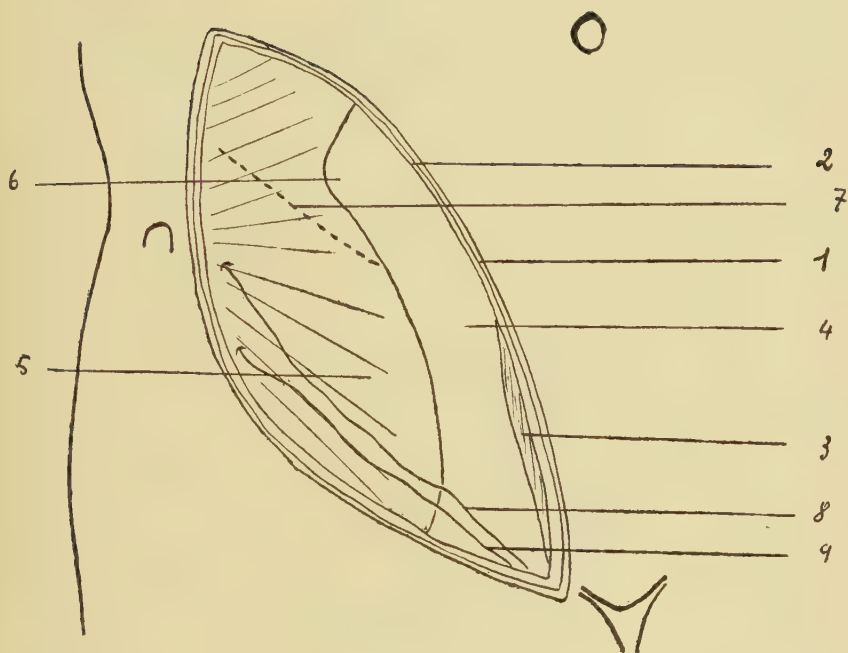


FIG. 2.

1. *Peau et tissu cellulaire sous-cutané réclinés.* — 2. *Aponévrose du grand oblique réclinée.* — 3. *Grand Droit entouré de sa gaine fibreuse.* — 4. *Aponévrose du petit oblique.* — 5. *Portion charnue de ce muscle.* — 6. *Pointe aponévrotique formée par le petit oblique.* — 7. *Projection du trajet de la branche abdominale du nerf grand abdomino-génital.* — 8. *Branche génitale de ce nerf.* — 9. *Petit abdomino-génital.*

ner le rameau artériel, et lui seul. Pour le libérer, la dissection de ces éléments devra être conduite minutieusement, sans faire subir au nerf de traumatismes importants. Le chirurgien devra éviter de prendre dans le fil tout ou partie du tronc nerveux, en faisant la ligature du tronc artériel.

2° *Le rameau abdominal* du nerf grand abdomino-génital constitue le second organe du paquet vasculo-nerveux. Voyons, dans la région qui nous occupe, quel va être son trajet.

Le nerf grand abdomino-génital, après avoir traversé le muscle transverse, se divise, derrière le petit oblique, en deux branches : une branche abdominale, qui est destinée aux muscles de la paroi antéro-latérale et de la paroi antérieure — une branche génitale qui se joint au nerf petit abdominal pour se rendre tous deux, parallèlement à l'arcade crurale, à l'orifice interne du trajet inguinal. La première branche est surtout motrice, et par conséquent importante pour le chirurgien; le seconde est surtout sensitive, et digne aussi d'être respectée pour l'heureux avenir du malade et la tranquillité du chirurgien.

La branche abdominale du nerf grand abdomino-génital passe au-dessus de la crête iliaque. Elle se trouve située à une distance moyenne de 2 à 3 centimètres du point culminant de cette crête, et chemine alors entre le transverse et le petit oblique, auxquels elle distribue quelques rameaux moteurs. De là, le nerf suit une direction sensiblement parallèle à l'arcade crurale et pendant un certain temps, pour se diriger ensuite transversalement vers le muscle grand

droit de l'abdomen, dont il innerve le tiers inférieur. Nous avons noté le point où la portion du nerf parallèle à l'arcade crurale coupe l'arcade du côté opposé. De l'ensemble de nos recherches, nous pouvons conclure que ce point se trouve à peu près à *l'union du tiers interne et des deux tiers externes* de cette arcade. Voilà un second point de repère sur lequel nous attirons l'attention.

Un troisième point intéressant à considérer est la distance qui sépare de l'épine iliaque antéro-supérieure, la branche motrice du grand abdomino-génital. Chez la plus grande partie de nos sujets, nous avons noté que ce nerf croise la ligne ombilico-spinale à *4 centimètres en dedans de l'épine*, mais qu'il n'atteint jamais la pointe aponévrotique qui se trouve un peu plus près de l'ombilic, sur cette même ligne. Quelques rares fois nous avons vu la distance réduite à moins de 3 centimètres. Nous pouvons donc admettre qu'une incision tracée à un travers de pouce de l'épine iliaque, sur la ligne ombilico-spinale, ainsi qu'est tracée l'incision originale de MAC BURNEY, passera généralement en dehors du trajet du nerf. Nous voyons ainsi que sa position est parfaitement déterminée sur la ligne ombilico-spinale, puisqu'il se trouve compris entre un point situé à un travers de pouce en dedans de l'épine iliaque et l'extrémité de la pointe aponévrotique formée par le tendon d'insertion du petit oblique dans cette région.

Continuant son trajet, la branche abdominale change de direction et tend à devenir horizontale pour rejoindre le bord externe du muscle grand droit, après avoir perforé le petit oblique.

La branche génitale possède un trajet variable. Tantôt elle perfore rapidement le petit oblique et chemine entre ce muscle et le grand oblique, tantôt elle chemine accolée à la branche abdominale, ne perfore que très en avant le petit oblique, presque au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Recevant un forte anastomose du petit abdomino-génital, elle chemine à la face profonde du grand oblique, à 1 centimètre environ au-dessus de l'arcade crurale, accompagnée du nerf petit abdomino-génital. Sa situation basse par rapport à l'incision de MAC BURNEY l'expose beaucoup moins à être lésée au cours de l'intervention. La distribution étant surtout cutanée, les troubles provenant de sa blessure consisteront surtout en névralgies et anesthésie plus ou moins totale dans le territoire de la racine de la cuisse et de la région inguino-crurale.

En résumé, en présence d'un malade auquel nous aurons à faire une appendicectomie par la voie de MAC BURNEY, il nous est possible d'éviter la section partielle ou totale des nerfs abdomino-génitaux. Les points de repère seront les suivants :

1° Point situé à un travers de pouce au-dessus du point culminant de la crête iliaque ;

2° Point situé à l'union du 1/3 interne et des 2/3 externes sur l'arcade crurale du côté opposé à celui de l'incision ;

3° Pointe tendineuse fichée entre les fibres musculaires du petit oblique, et située sur la ligne ombilico-spinale ou à son voisinage immédiat, plus près de l'ombilic que de l'épine iliaque ;

4° Point situé à un travers de pouce en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la ligne qui la relie à l'ombilic.

Nous avons illustré ces données en deux dessins : le premier représente une vue de face de la région abdominale située audessous de l'ombilic. Nous avons figuré sur la peau l'incision de MAC BURNEY, selon les données de son article paru dans les *Annales de Chirurgie de Philadelphie* en 1894. Nous avons indiqué d'un trait différent la situation d'une incision que l'on a coutume de désigner du nom de MAC BURNEY. Enfin, nous avons dessiné la projection des trajets de la branche abdominale du nerf grand abdomino-génital et de l'artériole qui l'accompagne.

Le second dessin représente la dissection des plans superficiels du toit de la fosse iliaque. Les mêmes repères anatomiques se retrouvent sur la peau, comme dans le schéma précédent. On voit les deux lèvres de la plaie écartées ; le grand oblique, sectionné, est également récliné de part et d'autre. Il laisse voir le plan sous-jacent du petit oblique, sur lequel on voit la pointe tendineuse formée par son tendon d'insection, la branche génitale du grand abdomino-génital, le petit abdomino-génital. Derrière le plan musculaire chemine la branche abdominale du grand abdomino-génital, dont la projection est figurée en pointillé.

CHAPITRE II

La Technique originale de Mac Burney

Nous nous sommes reporté à l'article original de MAC BURNEY, paru dans les *Annales de Chirurgie de Philadelphie* en 1894, et dont nous donnons ci-dessous la traduction *in extenso*.

« Les chirurgiens sont unanimes, pratiquement, à choisir l'incision médiane de la paroi abdominale pour opérer l'appendicite. La section des tissus sur la ligne médiane est très facilement réparée, et la guérison de la blessure est probablement plus parfaite que lorsque l'incision a porté sur un autre point. Mais la voie d'abord de la cavité péritonéale ainsi préparée ne permet pas d'exécuter rapidement les temps opératoires de l'appendicectomie ; elle retarde également le traitement ultérieur de la blessure dans les cas où il est contre-indiqué de fermer d'emblée la paroi abdominale.

« L'incision habituelle de l'appendicite, bien à droite des bords du grand droit, et ce fait, que des abcès et d'autres lésions, survenant pendant la maladie, sont le plus souvent localisés à la moitié droite de l'abdomen, avait conduit les opérateurs, sans exception ou presque, à faire leur première incision, soit sur le bord externe du grand droit, soit en un point situé entre ce muscle et l'épine iliaque antérieure. Dans mes premières appendicectomies, effectuées au début de la maladie, et dans des cas de rechutes opérées à froid, j'ai toujours fait l'incision parallèle au grand droit, et près de son bord droit. Les avantages de l'incision résident en ce que les tissus plus profonds, et que l'on divise, sont purement tendineux, que l'hémorragie est légère, et que la suture de la blessure, quand on est en droit de fermer, est très facile et satisfaisante. Son inconvénient est que le siège de l'appendice est, le plus souvent, encore plus à droite. Souvent, en effet, il est vraiment tout proche de la partie la plus externe du ligament de POUPART, et, assez fréquemment l'appendice pointe en haut, vers le bord le plus externe du colon. Dans tous les cas, si l'on fait une incision sur le bord externe du muscle grand droit, l'opérateur est obligé de travailler sous une paroi surplombante que forme la portion externe de la paroi abdominale. Et ceci s'oppose à l'introduction facile de pansements et de drains, dans les cas où la fermeture complète de la paroi est contre-indiquée. Dans tous les cas où il est désirable de déterminer la base de l'appendice, et, d'une façon habituelle aussi, quand on désire atteindre un abcès localisé

dans cet organe, il m'a semblé qu'il vaut beaucoup mieux inciser la paroi un peu en dehors de la situation normale de l'appendice. On écarte la lèvre interne de la plaie pour mettre le cœcum en évidence, et permettre de repérer aisément la base de l'appendice.

« En outre, par cette incision ou par une autre faite parallèlement à elle et plus près de l'épine iliaque antérieure, on atteint facilement, on vide et on traite tous les abcès.

PREMIERE TECHNIQUE :

« Dans ces dernières années, j'ai fait presque toutes les incisions pour appendicite à peu près comme il suit : L'incision de la peau est oblique, et longue de 4 pouces. Elle traverse une ligne tirée de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic, presque à angle droit et à un pouce à peu près de l'épine iliaque. Sa situation est telle que son tiers supérieur se trouve en dessus de cette ligne. L'incision de l'aponévrose du grand oblique est un peu plus courte, et pratiquement ne fait que séparer les fibres de ce muscle et son tendon sans le couper. La section du petit oblique et du transverse se fait ensuite en coupant les fibres presque perpendiculairement à leur direction, et n'est complète tout d'abord qu'au centre, sur une longueur moitié de celle de l'incision cutanée. Cette incision plus profonde peut être rapidement agrandie, si, après avoir coupé le fascia transversalis et le péritoine, le caractère de la lésion semble exiger plus de jour. La des-

cription précédente correspond exactement aux incisions que j'ai faites pendant ces quelques dernières années, dans la grande majorité des cas ; toutefois, naturellement, des abcès mal situés ont réclamé quelques fois une ouverture plus large et parfois une incision commençant plus ou moins haut ou placée plus près du ligament de Poupart. Dans toutes ces incisions le dommage causé à la paroi abdominale est considérable ; nous avons été désappointés, surtout dans les cas suppurés, quand nous avons été contraints de drainer des abcès, et nous avons vu des hernies plus ou moins importantes se produire même après qu'un traitement parfait de la plaie avait été appliqué.

On peut affirmer, en toute certitude, que la formation d'une hernie post-opératoire n'est pas fonction de la dimension plus ou moins grande de la plaie ; il ne faut pas s'attendre d'ailleurs à l'éviter, en utilisant une incision plus réduite. Quant à la dimension exacte de l'incision, elle doit être ajustée aux nécessités du cas, au même titre que celles utilisées, dans d'autres parties du corps, à des fins variées. Elle doit être assez grande pour permettre un travail complet et sûr ; c'est s'opposer à la science et faire courir un danger que *d'encourager les gens de peu d'expérience à croire que la valeur de l'opération dépend du peu de longueur de l'incision*. Si les bords de la plaie sont convenablement rapprochés, si elle est bien soignée, la fermeture sera aussi rapide et complète, que la brèche soit de 3 ou 5 pouces ; aucun bon chirurgien ne fera vraiment, sans nécessité absolue, une incision

large, sous prétexte qu'il la fermera facilement. Quand il se fait une hernie après l'appendicectomie, elle est due à une réparation incomplète, due à la section de plus de tissus qu'il ne fallait. Elle se produit aussi bien quand l'incision est faite juste sur la ligne semi-lunaire, que lorsqu'elle a été faite à travers la paroi musculaire, en dehors de cette ligne. Dans les cas d'abcès où l'on est obligé de faire une incision et un traitement de la plaie avec drainage, on peut voir des hernies de plus ou moins grande dimension, et assez souvent, un an après l'opération.

« Le terme « hernie » désigne une expansion partielle du tissu cicatriciel causée par la pression intra-abdominale en un ou plusieurs points, sur le trajet de la plaie, où la cicatrisation des tissus incisés est demeurée insuffisante. Même après l'appendicectomie à froid, et lorsque la plaie peut être complètement ou presque complètement fermée d'emblée, des hernies de même nature peuvent apparaître. On rapporte à deux les causes de la hernie : la pression abdominale plus ou moins constante d'une part, et d'autre part la difficulté d'obtenir une cicatrisation parfaite des bords de la plaie. *Le péritoine est souvent très parfaitement suturé, le fascia transversalis habituellement très mal.* L'aponévrose du grand oblique est habituellement reconstituée, d'une façon très complète, quand la suture en est possible. Le plus grand obstacle à la restitution *ad integrum* est la section, perpendiculairement à leur direction, des fibres musculaires du petit oblique et du transverse, ou bien des fibres tendineuses de ces deux muscles réunies pour former le

tendon conjoint, sur le bord externe du grand droit. Dans l'un et l'autre cas, la rétraction de ces fibres musculaires, jointes à la pression intra-abdominale qui, constamment, tend à séparer les lèvres des parties profondes de la plaie, et permet ainsi une éversion d'abord légère puis croissante du péritoine, détermine la formation d'une poche herniaire incomplète. Ces cas réclament l'usage d'une ceinture ou de quelque autre appareil, pour donner un appui suffisant à la paroi. C'est la constatation de ce résultat défectueux dans quelques cas qui m'a conduit à essayer une méthode différente pour aborder la cavité abdominale pour l'appendicectomie, dans des cas non suppurés.

TECHNIQUE DEFINITIVE DE MAC BURNEY :

« L'incision de la peau se fait comme je l'ai déjà décrite. La section du grand oblique et de son aponevrose doivent correspondre. On prendra grand soin de séparer ces tissus sur la même ligne, *sans couper aucune fibre transversale*. Cela se fait facilement. Lorsqu'avec des écarteurs, on récline fortement les lèvres de l'incision du muscle grand oblique, une surface considérable du petit oblique apparaît ; ses fibres traversent un peu obliquement l'ouverture formée par ces écarteurs. A l'aide d'un instrument moussé, tel que la poignée d'un scalpel, ou des ciseaux fermés, on *sépare* alors les fibres du petit oblique, sans en couper, sinon une par hasard, et sur une ligne parallèle à leur direction, c'est-à-dire selon une per-

pendiculaire à l'incision de l'aponévrose du grand oblique. On introduira alors les écarteurs mousses l'un après l'autre, et on réclinera les bords. Le fascia transversalis apparaît bien étalé, et on l'incise sur la même ligne. Enfin, on sectionne le péritoine.

Deux paires d'écarteurs sont nécessaires : les uns tiennent ouverte la plaie superficielle de part et d'autre, les autres écartent les lèvres de la plaie, de la superficie à la profondeur. Une ouverture considérable est ainsi constituée, par où, dans des cas convenables, on peut facilement saisir le cœcum et enlever l'appendice. Après son ablation la plaie du péritoine, dirigée transversalement, est alors suturée, de même que celle du fascia transversalis. Les fibres du petit oblique et du transverse se rapprochent dès que les écarteurs sont enlevés ; avec deux points de catgut fin, on peut faire une fermeture plus complète. On suture l'aponévrose du grand oblique, d'un bout à l'autre de la section avec du catgut. Après l'opération, on verra que la disposition en réseau de la paroi musculaire et tendineuse, à laquelle la paroi abdominale doit sa résistance, est rétablie d'une manière presque aussi parfaite que si aucune opération n'avait été faite.

« En pratiquant cette opération, j'ai remarqué plusieurs avantages.

« Tout d'abord les fibres musculaires et tendineuses sont *séparées* mais *non sectionnées*, si bien que la contraction musculaire ne peut pas tendre à écarter les bords de la plaie, mais plutôt à les rapprocher énergiquement. Sauf pendant l'incision cutanée, la

perte de sang est presque nulle. Le fascia transversalis étant écarté, par les écarteurs, de la couche musculaire profonde, on peut le suturer facilement et complètement; ainsi assure-t-on une résistance plus considérable à la paroi reconstituée. Comme on n'a sectionné ni fibres musculaires, ni nerfs importants, la douleur est presque inexistante. Cette opération demande plutôt plus de temps que l'opération habituelle, et un nombre d'assistants plus important pour les quatre écarteurs employés pendant une bonne partie de l'intervention. L'ouverture du péritoine n'est pas grande, mais on peut l'augmenter, si besoin est, en continuant à séparer les fibres du petit oblique et du transverse, et à disciser les fibres du tendon conjoint sur la même ligne, avec des ciseaux. Dans la direction perpendiculaire, la séparation des fibres musculaires peut être poursuivie jusqu'à la crête iliaque.

« J'ai fait cette opération sur quatre malades, tous étant opérés à froid. La première opération eut lieu à l'hôpital Roosevelt, le 18 décembre 1893. Il n'y a pas encore suffisamment de temps, pour justifier, par les résultats obtenus, l'amélioration apportée par ma méthode, en comparant ces résultats avec ceux que les méthodes anciennes ont obtenus. J'attends cependant de ces cas un résultat plus satisfaisant au point de vue de la résistance de la paroi abdominale. Je présente actuellement cette méthode, que d'autres, je l'espère, seront amenés à essayer.

« Cette méthode me paraît contre-indiquée dans les cas suivants : appendicites suppurées, et qui né-

cessitent un traitement avec pansements de gaze volumineux ; appendicites non suppurées, qui exigent au cours de l'intervention une dissection large à l'intérieur de la cavité abdominale.

« C'est une opération qui n'est pas facile ; elle ne doit pas être tentée par ceux qui n'ont pas la pratique des appendicectomies, et j'attire encore l'attention sur ce point que son exécution nécessite *deux aides supplémentaires* pendant une partie de l'intervention, et cela à cause des écarteurs. »

MODIFICATION DE GOSSET

GOSSET, qui adopta cette incision de MAC BURNEY avec dissociation musculaire, de préférence à l'incision de JALAGUIER, donne de sa technique la description suivante :

« 1° INCISION CUTANÉE. A 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, mi-partie au-dessus et au-dessous de la ligne ilio-ombilicale, on pratique une incision cutanée, longue de 5 à 6 centimètres. C'est suffisant chez les individus maigres. MAC BURNEY donne 10 centimètres.

« 2° DISSOCIATION DE LA PREMIÈRE COUCHE MUSCULAIRE, c'est-à-dire du grand oblique.

« Après section des couches superficielles, on met à nu le grand oblique. Dans la partie inférieure de la plaie, c'est déjà le tendon qui apparaît, alors qu'en haut ce sont encore les fibres musculaires. D'un bout à l'autre de la plaie, on dissocie, *sans les sectionner*, parallèlement à leur direction, ces fibres musculaires

et ces fibres tendineuses. Cette dissociation se fait avec un instrument mousse quelconque, une sonde cannelée par exemple.

« 3° DISSOCIATION DE LA SECONDE COUCHE MUSCULAIRE, c'est-à-dire du petit oblique et du transverse.

« Les deux lèvres de la boutonnière pratiquée au grand oblique sont réclinées au moyen de pinces, et, dans leur intervalle, on aperçoit le second plan musculaire, petit oblique et transverse, à fibres transversalement dirigées, c'est-à-dire perpendiculaire à la direction du grand oblique.

« Ce plan est musculaire, mais que l'aide rétracte fortement vers l'ombilic la lèvre interne du grand oblique, et tout à fait en dedans, vous verrez apparaître la portion tendineuse du petit oblique et du transverse.

« Juste à la jonction des fibres tendineuses, c'est-à-dire au niveau de la *ligne de Spiegel*, faites avec deux pinces de Kocher un pli vertical et incisez *transversalement* ce pli. Vous arriverez de suite au péritoine, grâce à la minceur relative de la paroi à ce niveau. Si vous incisez plus en dehors, en plein muscle, vous auriez à traverser une épaisse couche de tissu, et surtout vous aborderiez le péritoine au point où il se réfléchit pour tapisser la fosse iliaque, point où il est très décollable, en sorte qu'il fuirait devant le bistouri. Incisez donc au niveau du tendon du petit oblique et du transverse, et ouvrez en même temps le péritoine. Quant à la portion charnue de ces deux muscles, elle sera dissociée, suivant la direction des fibres, c'est-à-dire transversalement. Ensuite il ne res-

tera plus qu'à prolonger en dehors l'ouverture du péritoine.

« En somme, dissociation verticale du grand oblique puis dissociation transversale du petit oblique et du transverse. L'ouverture de l'abdomen a été exécutée sans aucune section de muscles, ni de vaisseaux, ni de nerfs.

« On a reproché à l'incision de MAC BURNEY de ne pas donner assez de jour. C'est qu'on n'a pas fait suffisamment écarter les lèvres de l'incision.

TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR TIXIER

1° INCISION DE LA PAROI. Elle comporte les temps opératoires suivants :

Premier temps : l'incision de la peau ; elle est faite volontiers transversalement, notamment chez la femme, dans un but esthétique. Plus exactement, l'incision est légèrement oblique en bas et en dedans, et concave en haut. La cicatrice peut être dissimulée dans un pli cutané transversal qui, généralement, court un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Second temps : l'incision du muscle grand oblique ; elle se fait presque parallèlement à l'axe de l'incision cutanée, et de même longueur. Section de dedans en dehors de l'aponévrose du grand oblique en partant du bord externe du grand droit. Cette incision, faite au bistouri, coupe d'abord franchement l'aponévrose, puis consiste plus en dehors en une simple dissociation des fibres musculaires du grand oblique.

Troisième temps : la dissociation du petit oblique et du transverse ; elle se fait de la manière suivante : Ecartant fortement, surtout en bas et en dedans, les lèvres de l'incision du grand oblique, on découvre les fibres du petit oblique et du transverse, qui sont presque transversales, et qu'on dissocie rapidement jusqu'au fascia transversalis.

On prend soin, au passage, de ne pas sectionner les rameaux des nerfs abdomino-génitaux. Pour cela, il faut tenir compte de leurs rapports avec le coin aponevrotique du petit oblique et du transverse que nous avons décrit au chapitre I.

Quatrième temps : la section franchement transversale et du péritoine. Le fascia transversalis et le péritoine doivent être *incisés ensemble*, et repérés ensemble par une couronne de pinces. Le péritoine est très fuyant dans cette région, surtout en dehors du côté de l'épine iliaque. Il faut mettre un écarteur sur la lèvre interne, c'est-à-dire sur le bord externe du grand droit, pour permettre de placer convenablement les compresses qui doivent refouler l'intestin grêle, et ne laisser dans la région que le cœcum et l'appendice.

2^o RÉFECTION DE LA PAROI.

I. Dans l'appendicectomie à chaud :

a) Avec drainage : on se contente de mettre un point de catgut sur chaque angle du péritoine pour éviter sa déchirure. On laisse sortir, librement, mèches et drain par l'incision cutanée, sans mettre au-

cun point musculo-cutané pour la rétrécir. Après ablation du drain, les muscles reviennent en place, et très fréquemment il ne se produit aucune éventration ultérieure.

b) Dans l'appendicectomie à chaud sans drainage, on se contente de suturer soigneusement le péritoine, en prenant dans le même plan de suture le fascia transversalis, qui sert de point d'appui au plan péritonéal fragile, et qui l'empêche de se déchirer. On place un point en U sur le transverse et le petit oblique, un point ou deux sur le grand oblique, et on laisse grande ouverte l'incision cutanée, avec parfois des fils d'attente qui seront noués secondairement.

II. *Dans l'appendicectomie à froid*, les temps de la suture pariétale sont les suivants :

a) Suture du péritoine et du fascia transversalis : deux demi-surjets sont commencés à chaque angle et se réunissent sur la ligne médiane.

b) Quelques points en U ou en X sont placés sur le petit oblique et sur le transverse (en prenant garde de n'oublier le transverse qui se rétracte davantage que le petit oblique et tend à échapper à la suture). Ces points sont mis soigneusement, en faisant bien écarter la plaie cutanée et le grand oblique, de façon à ne pas prendre, par mégarde, le nerf grand abdomino-génital ou l'une de ses branches dans la cicatrice.

c) Suture du grand oblique à points séparés au catgut, sans particularités.

d) Suture soigneuse de la plaie au crin après hémostase minutieuse du tissu cellulaire sous-cutané.

**NOTE SUR LES VARIANTES DE L'EXECUTION
DE L'INCISION DITE DE MAC BURNEY**

Dans l'esprit de MAC BURNEY, dans l'esprit également des auteurs, tels que GOSSET, TIXIER, qui ont modifié légèrement la technique, l'incision de MAC BURNEY a deux buts :

- 1° aborder l'appendice par le plus court chemin ;
- 2° ne léser aucun organe de la paroi abdominale.

Tout en remplissant ces conditions, c'est une incision qui doit donner du jour et qui, bien exécutée, peut atteindre 10 centimètres sans être mutilante. Il nous a semblé que, sous le nom de MAC BURNEY, on exécutait souvent des incisions qui ne satisfaisaient pas à ces différentes conditions. Nous citerons seulement :

a) Les incisions trop courtes faites au ras de l'épine iliaque antéro-supérieure, qui lèsent le nerf abdomino-génital et font saigner les vaisseaux satellites, qui égarent souvent l'opérateur dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque interne, et qui ne donnent accès que sur la partie tout externe de la gouttière pariéto-colique droite ; elles ne permettent d'extérioriser qu'un appendice bien mobile, sans rien voir de ce qui se passe à l'intérieur de l'abdomen. Ce genre d'incision est très mauvais dans l'appendicectomie à chaud, car il expose à crever, dans l'abdomen, des collections, sans qu'on puisse les voir et les vider à l'aspirateur. On voit ainsi des malades mourir de périto-

nite après une opération brillante exécutée par une incision minuscule.

b) Les incisions trop hautes, où la dissociation du petit oblique tombe certainement sur le nerf grand abdomino-génital, et rencontre une épaisseur de fibres musculaires considérables, qui rend le jour insuffisant. Ces incisions conduisent sur le colon ascendant et ne permettent l'abord de l'appendice que grâce à un cœcum mobile qu'on attire aisément de bas en haut dans la plaie.

CHAPITRE III

Valeur de l'incision de Mac Burney dans l'appendicectomie à froid

Dans l'appendicectomie à froid, c'est une incision excellente, esthétique, non mutilante pour la paroi, et nous ne voulons pas revenir sur ces données bien classiques. Nous n'avons pas jugé utile de faire une statistique sur ce sujet, et nous voulons seulement attirer l'attention sur deux petits points particuliers.

1° L'INCISION CHEZ LA FEMME.

Il arrive parfois que le chirurgien voit se présenter à lui une femme qui, depuis plusieurs années, depuis plusieurs mois, se plaint de douleurs sourdes, lancinantes, qui siègent dans la région de la fosse iliaque droite. Nous sommes en droit de nous demander sur lequel des deux organes, l'appendice ou les annexes, porte la lésion. En présence d'un tel doute, il faut

savoir de bon gré abandonner l'incision de MAC BURNEY, au profit d'une incision qui permettra dans un seul temps d'explorer à la fois l'appendice et les annexes de l'utérus. Nous recourerons par exemple à l'incision de Jalaguier, qui est para-rectale, ou à l'incision de Pfannenstiel, qui est faite dans la région hypogastrique, un peu au dessus du pubis. Cette dernière incision semble bien être l'incision de choix chez les femmes jeunes, chez qui les possibilités de grossesse et d'accouchement imposent l'impérieuse nécessité d'une reconstitution aussi conforme que possible au plan de la région. C'est une incision de solidité et de sécurité, qui est de plus esthétique et qui permet d'avoir un jour très suffisant sur le carrefour cœco-appendiculaire. On réserve de préférence cette incision aux explorations étendues, aux manœuvres plus complètes, aux tumeurs volumineuses. Il existe une autre incision, analogue à l'incision de Pfannenstiel, mais que l'on pratique au ras de la limite supérieure du pubis. C'est l'incision transversale sus-pubienne décrite par le Professeur Patel dans un article que nous n'avons pas pu retrouver. Il envisage successivement les cas d'appendicites pures et simples, les cas d'appendicectomies complémentaires d'une opération gynécologique, et les appendicectomies avec opération gynécologique complémentaire. C'est évidemment là une excellente incision, qui respecte au maximum les organes de la paroi et les soucis esthétiques de la malade. A ce niveau, en effet, les branches nerveuses du grand abdomino-génital sont à l'intérieur du muscle grand

droit, qu'elles abordent beaucoup plus haut. Nous n'avons aucune chance de les léser par des tractions intempestives ou de les sectionner d'un coup de bistouri ou de ciseaux, donné aveuglément. Nous ne risquons aucune énervation de cette portion inférieure du grand droit, ce qui présente un certain intérêt dans cet étage sous-ombilical de l'abdomen, siège de poussée maxima des viscères et des éventrations les plus fréquentes. Située très près du pubis, la cicatrice se dissimulera aisément sous les poils de cette région, mais ce n'est là qu'un point d'importance relative.

Voyons enfin une quatrième incision, qui donne sur la fosse iliaque un jour plus large, une voie moins profonde, et permet d'agir sur l'appendice dans une région plus éloignée de la grande séreuse et des anses grêles. C'est l'incision iliaque basse transversale de M. le Professeur Agrégé BONNET. (Cf. Thèse de M. Spassitch, Lyon, 1925.) Elle représente très exactement la moitié droite de l'incision de Pfannenstiel. Ses avantages s'imposent :

a) par la facilité qu'elle donne dans la recherche de l'appendice ;

b) par les possibilités d'exploration des organes autres que l'appendice, susceptibles d'être en cause ;

c) par la reconstitution *ad integrum* de la paroi, sans faire courir aucun risque d'énervation.

En cas d'erreur de diagnostic, elle peut être très facilement transformée en incision de Pfannenstiel, en refermant la brèche péritonéale latérale, en prolongeant l'incision des téguments vers la gauche, et en ouvrant le péritoine sur la ligne médiane. Elle

trouve une indication particulière dans les cas d'appendice en situation habituelle et mieux encore pelvienne, ou de coexistence d'appendicite et de hernie inguinale ou crurale. Le Professeur TIXIER a pu dans quelques cas, par cette voie, réaliser consécutivement une appendicectomie et une cure de hernie. Disons enfin que c'est une incision dont la cicatrice est tout à fait esthétique.

2° LA NECESSITE DANS UNE APPENDICECTOMIE A FROID DE RESPECTER CERTAINS ORGANES.

Le malade se présente au chirurgien, de son plein gré, dans l'intervalle de ses crises. Sa vie n'est pas exposée, du moins est-ce son impression ; il exigera des suites opératoires éloignées qui ne laisseront prise à aucune critique. Il s'observera souvent beaucoup, et attachera une importance exagérée à tel symptôme qui passera inaperçu aux yeux d'un malade opéré à chaud et qui aura pu voir par conséquent sa vie en danger. De notre côté, nous ne sommes pas pressé par les événements, il n'y a plus péril en la demeure et nous devons nous attacher à réaliser une opération parfaite ; nous serons tenu de respecter certains organes, dans la dissection des plans de la paroi. C'est dans ce but que nous avons tenu à faire quelques recherches anatomiques qui nous permettent de déterminer avec une assez grande précision la situation des artères et des nerfs, qui courent dans la paroi, que nous sommes appelés à rencontrer et que nous devons ne pas traumatiser. Voici, à l'appui de ce se-

cond point, l'observation d'un malade qui est particulièrement intéressante, et que le Docteur CLAVEL a bien voulu nous permettre de publier.

N..., 26 ans, étudiant en médecine.

Le malade raconte que depuis 10 ans il souffre de la fosse iliaque droite ; il présente des troubles dyspeptiques et des nausées. Il n'a jamais vomi et n'a jamais fait de crise appendiculaire franche. On se trouve en présence d'un malade amaigri ; l'abdomen est légèrement ballonné ; la palpation met en évidence une douleur nette au point de Mac Burney. L'analyse des urines ne permet de déceler ni sucre ni albumine.

L'examen radiographique, pratiqué à l'Hôtel-Dieu, montre un appendice perméable, mais très grêle, très long, enroulé sur lui-même, très visible à la radiographie, dans toute son étendue, sauf au niveau de la pointe qui paraît amputée.

A la radioscopie, on ne voit rien d'anormal sur l'estomac et sur le duodénum.

Opération, le 27-7-31, à la clinique de M. le Professeur Tixier. A. G. K. éther. Incision de Mac Burney.

Renseignements opératoires : on trouve dans la cavité abdominale un peu de sérosité. L'appendice est très long, libre d'adhérences ; mais, à son niveau, on constate une congestion intense. Par ailleurs, rien d'anormal. Appendicectomie. Enfouissement.

Examen de la pièce : l'appendice est sain sur les 3/4 de sa longueur. A la pointe, la muqueuse est sclérosée et blanchâtre.

Suites opératoires : simples.

Le 18-8-31 : avant de partir, le malade, qui s'observait très bien, signale une hypoesthésie dans le territoire du nerf grand abdomino-génital. Or ce nerf a été vu, écarté et certainement non sectionné.

Le 21-8-31 : le malade présente une santé excellente, il a engraisé. Son état digestif s'est très amélioré. L'hypoesthésie a diminué notablement.

Le 9-10-31 : après un séjour à la campagne de six semaines environ, le malade revient se montrer. Il jouit d'une excellente santé, et tous les troubles sensitifs ont disparu.

L'étude de cette observation nous met en évidence ce fait que, même ayant vu le nerf grand abdomino-génital, et y ayant fait attention, on a pu le contusionner au cours d'un écartement un peu énergique. Ceci n'a donné lieu, chez un malade averti, qu'à des phénomènes parétiques peu importants, et il est bien possible que ce nerf, sectionné, contusionné ou pris dans la cicatrice, quand on n'y a pas fait attention, puisse donner lieu à des phénomènes névralgiques, dont le malade se plaint amèrement. C'est ainsi que le Docteur CLAVEL a vu un malade, opéré de cure radicale de hernie très simple, accuser pendant 3 mois des douleurs dues certainement à ce que le nerf grand abdomino-génital avait été pris dans la suture.

CHAPITRE IV

Valeur de l'incision de Mac Burney dans l'appendicectomie à chaud

Nous nous sommes livré à l'enquête suivante : nous avons pris 100 cas d'appendicite opérés à chaud, toutes par le même chirurgien, le Docteur CLAVEL, et, sur ces 100 cas, nous avons trouvé 50 opérations par la voie de MAC BURNEY, les 50 autres ayant été faites par les voies de MAX SCHULLER et de JALAGUIER (1). Nous avons recherché avec l'opérateur les difficultés opératoires qui avaient pu se présenter, les raisons qui avaient pu déterminer ces difficultés, les résultats éloignés donnés par l'incision de MAC BURNEY, les notions, enfin, qu'on pouvait essayer d'en dégager en comparant cette incision aux autres. Nous citerons,

(1) Voici le décompte exact de ces cas : MAC BURNEY : 50. — MAX SCHÜLLER : 30, — JALAGUIER : 19. — Incision médiane sous-ombilicale : 1. — (L'incision de ROUX, l'incision sus-iliaque de LECÈNE, l'incision du Professeur PAUL BONNET n'ont pas été utilisées dans les interventions à chaud.)

pour commencer, les observations où nous avons trouvé des difficultés opératoires dues à un jour insuffisant, puis nous publierons les autres observations où nous n'avons pas été gênés par le manque de place.

APPENDICECTOMIES PAR LA VOIE DE MAC BURNEY AVEC JOUR INSUFFISANT

OBS. I. — Alb..., 29 ans. 15-8-31.

Dans les antécédents du malade, on note une albuminurie. Il y a trois jours il a présenté un ictère. Cet homme est un hépatique familial.

Souffre depuis 3 jours. Vomissements. Recrudescence des douleurs le matin du 3^e jour. Température à 40°. Pouls : 130. Signes locaux infimes. Toucher rectal négatif.

Opération le 15-8-31 : A. G. K-ether. Incision de MAC BURNEY.

Renseignements opératoires : un peu de liquide sale dans le ventre, Appendice en situation postéro-latérale interne, entièrement gangréné, perforé à sa base. Appendicectomie sans enfouissement. 3 mèches, 1 drain dans le Douglas.

Suites opératoires : simples ; à signaler, au 30^e jour, l'apparition d'une hémorragie intestinale de moyenne importance.

Revu le 30-10-31 : il a engraisé de 5 kilogrammes. Il jouit d'une excellente santé et ne présente aucune éventration.

OBS. II. — Bar... Antoinette, 19 ans. 7-3-31.

C'est la première crise présentée par la malade. On l'opère à la 36^e heure. La symptomatologie est réduite au minimum : douleur très peu intense à la palpation abdominale. Langue saburrale. Température à 38°.

Opération le 7-3-31 : AG = éther, Incision de MAC BURNEY. Jour insuffisant. Agrandissement de l'incision avec dégâts musculaires.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal per-

foré, présentant un assez gros calcul à sa base. Petit abcès. Appendicectomie sans enfouissement. 1 drain, 2 mèches. Fermeture partielle de la paroi séro-musculaire ; la peau est laissée ouverte. Sérums antigangréneux. Le malade passe à la salle Saint-Martin.

Suites opératoires : simples. Elle sort guérie. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

OBS. III. — Flor... Clément, 31 ans, 18-5-31.

Le malade a eu 2 crises antérieures. Cette 3^e crise aiguë est opérée à la 48^e heure. Vomissements. Point de MAC BURNEY très net ; point douloureux, aussi, sus-iliaque. Contraction pariétale très étendue. Au toucher rectal, on perçoit un empatement du Douglas. Température à 39°. Pouls : 120.

Opération le 18-5-31 : AG = K-éther. Incision de MAC BURNEY transformée en MAX SCHULLER.

Renseignements opératoires : liquide louche dans le ventre. Du pus sourd dans la gouttière pariéto-colique droite, sous le bord inférieur du cœcum adhérent. Abcès rétrocœcal fissuré. L'appendice rétrocœcal est perforé et gangrené. Appendicectomie sans enfouissement. Ligature au fil de lin. 4 mèches 1 drain dans le Douglas. On laisse tout ouvert.

Suites opératoires : le malade, d'abord amélioré, fait à partir du 4^e jour une péritonite progressive qui, malgré une iléostomie, l'emporte le 9^e jour.

OBS. IV. — Gorr... Marie Antoinette, épouse Bos..., 15 ans, Septembre 1930.

1^{re} crise : on opère au bout de 36 heures. Vomissements. Température à 38°2. Pouls : 96. On note un point douloureux au-dessus de la crête iliaque.

Opération en septembre 1930 : AG = éther. Incision de MAC BURNEY insuffisante transformée en MAX SCHULLER.

Renseignements opératoires : Appendice remontant le long de la paroi externe du cœcum, presque sous le foie, long de 25 centimètres ; la pointe est libre dans la région sous-hépatique, mais très enflammée et coudée vers le bas par une bride péritonéale. Appendice non perforé. Appendicectomie partiellement sous-séreuse. Enfouissement à 3 plans, vue la

très large implantation sur le cœcum. 1 drain est placé dans le Douglas. 1 mèche.

Suites opératoires : simples. A noter l'expulsion, au 10^e jour, de 3 ascaris. Revue le 1^{er} février 1931 : la malade va bien. On constate alors une légère faiblesse de la cicatrice sans éventration véritable.

Revue dernièrement le 4 novembre 31 : bonne santé, très bonne paroi, résistante, ne présentant aucune éventration. Aucune douleur de la cicatrice. Pas de constipation.

OBS. V. — Lesc... Claude, 43 ans. 29-5-30.

Le malade se présente avec un abcès appendiculaire datant de 7 jours. On palpe dans la fosse iliaque droite une collection inaccessible au toucher rectal.

Opération le 29-5-30 : AG=K-éther. Incision de MAC BURNEY.

Renseignements opératoires : compresses de protection. Evacuation par aspiration d'un volumineux abcès. Appendice complètement sphacélé, trouvé derrière le cœcum, et qui est rompu à sa partie moyenne. La pointe ne peut pas être enlevée. Appendicectomie sans enfouissement. 1 mèche sous le cœcum, 2 mèches de cloisonnement, 1 drain. On laisse la peau ouverte.

Suites opératoires : bonnes. Le malade passe à Saint-Philippe, d'où il sort guéri. Revu le 19-7-30 : bon état général ; pas d'éventration. Cicatrice un peu chéloïdienne.

OBS. VI. — Mich... Céline, épouse Lafa..., 33 ans. 20-8-30.

Accouchement normal il y a 2 mois. Il y a 15 jours, douleurs, vomissements, puis amélioration. Reprise des douleurs ce matin 20 août 1930. Vomissements. Pas de gaz depuis 48 heures. Température à 39°. Pouls : 120.

Douleur un peu basse ; pas de contracture. Cul-de-sac vaginal droit douloureux au toucher.

Opération le 20-8-30 : AG=K-éther. Incision de MAC BURNEY.

Renseignements opératoires : jour un peu insuffisant. La ligature du méso est pénible. On trouve un appendice sous-

cœcal interne, à pointe dirigée vers le pelvis. Pus en voie de diffusion dans la cavité abdominale. Appendicectomie en rétrograde ; l'appendice est perforé ; il se rompt ; on extrait sa pointe. Appendicectomie. Enfouissement du moignon, 3 mèches. 1 drain est placé dans le Douglas.

Suites opératoires : très simples. La malade passe à la salle Ollier, d'où elle sort guérie. Réponse un an après l'intervention : très bon état général, ni éventration, ni douleur de la cicatrice. Aucun trouble du transit intestinal.

OBS. VII. — Muls... Félix, 22 ans. 29-4-30.

C'est la première crise ; le malade a présenté, il y a 6 jours, des alternatives d'amélioration et d'aggravation. On constate, à son entrée, la présence de signes cliniques nets d'abcès appendiculaire, bas situé, dans la fosse iliaque droite, près de l'arcade crurale. Rétention d'urine. Température à 39° Pouls : 120.

Opération le 29-4-30 : AG = K-éther, Incision de Mac BURNAY.

Renseignements opératoires : ouverture d'un abcès rétro-cœcal voisin du détroit supérieur ; le cœcum est bas situé. On fait une aspiration soigneuse. L'appendice se trouve noyé dans un magma d'adhérences, contre la face postérieure du cœcum et du mésentère ; il est gangrené. L'extirpation en est laborieuse, et l'on n'est pas sûr d'avoir enlevé la pointe. On place 3 mèches et 1 drain, et on laisse tout ouvert.

Suites opératoires : très simples. Le malade sort guéri au bout de 3 mois, sans éventration. Un mois après, il revient en présentant des phénomènes inflammatoires au niveau de sa cicatrice. On évacue un petit abcès de la paroi. Il repart chez lui guéri.

Le 10-4-31, c'est-à-dire 12 mois après la première intervention, le malade revient à la salle Saint-Philippe avec un abcès résiduel. On fait une rachianesthésie et on trouve un abcès pariéto-cœcal externe et sous-cœcal. On n'aperçoit ni moignon, ni corps étranger. On place un drain.

Suites opératoires : excellentes. Le malade est complètement guéri à sa sortie. Réponse en 1931 : très bonne santé ; aucune éventration, pas de douleur au niveau de la cicatrice, transit intestinal normal.

APPENDICECTOMIES PAR LA VOIE DE MAC BURNEY AVEC JOUR SUFFISANT.

APPENDICES EN SITUATION HABITUELLE

OBS. VIII. — Alar..., Mario, 15 ans. 8-9-30.

La malade fait sa première crise, qui est opérée à la 24^e heure. Température : 37°8. Point de MAC BURNEY très nettement douloureux. Toucher vaginal négatif.

Opération le 8-9-30 : AG = éther. Incision de MAC BURNEY.

Renseignements opératoires : liquide louche dans le ventre. Appendice turgescent, non perforé. Endo-appendicite de la pointe. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture totale.

Suites opératoires : simples. Sort guérie. Réponse en 1931 : pas d'éventration ; cicatrice sensible surtout au moment des efforts.

OBS. IX. — Bari..., Suzanne, 19 ans. 20-11-30.

A présenté il y a huit jours une crise larvée : colique appendiculaire qui s'est amendée ; crise datant de 24 heures, avec vomissements

Renseignements opératoires : appendicite aiguë catarrhale.

Suites opératoires : simples. Passe à la salle Saint-Martin, d'où elle sort guérie. Pas revue.

OBS. X. — Beauch..., Pierre, 15 ans. 7-3-30.

Convalescent de scarlatine, il fait sa première crise d'appendicite, opérée à la 24^e heure.

Renseignements opératoires : appendice gangrené non perforé. Fermeture sans drainage. On laisse la peau ouverte. Il contracte alors une fièvre typhoïde le 22-3-30 et passe à l'Hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du Docteur Chaliar.

Suites opératoires : simples. Revu en novembre 1931 : très bonne santé ; aucune éventration, paroi très bonne, aucune douleur de la cicatrice ; pas de constipation.

OBS. XI. — Bert..., 22 ans. 7-3-31.

Première crise, opérée à la 18^e heure. AG = éther. Incision de MAC BURNEY.

Renseignements opératoires : appendice gangrené non perforé. Appendicectomie. Enfouissement.

Suites opératoires : simples. Il passe à la salle Sainte-Marthe et sort guéri. Réponse en 1931 : pas d'éventration ; guérison parfaite.

OBS. XII. — Broc..., Alexandre, 18 ans. 24-8-30.

Première crise, opérée à la 10^e heure. Point de MAC BURNEY net. AG = éther.

Renseignements opératoires : appendice perforé. Appendicectomie. Enfouissement. 1 drain, 1 mèche.

Suites opératoires : bonnes. Sort guéri. Revu en 1931 : pas d'éventration ; pas de cicatrice douloureuse ; tendance marquée à la constipation (ce jeune homme travaille dans un bureau.)

OBS. XIII. — Buriq..., Jean-Claude, 27 ans.

Première crise opérée à la 36^e heure. Point de MAC BURNEY très précis. Température : 38°3. Pouls : 80. Petits frissons. AG = éther.

Renseignements opératoires : liquide louche dans le péritoine. Appendice très enflammé avec plaques de gangrène. Appendicectomie. Enfouissement sans drainage. Sérum anti-gangréneux.

Suites opératoires : simples. Il passe à Saint-Philippe, d'où il sort guéri. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

OBS. XIV. — Cara... Jean, 21 ans. 20-5-30.

Tuberculose pulmonaire gauche. Première crise opérée à la 48^e heure.

Renseignements opératoires : appendice enflammé, sténosé près de la pointe. Fermeture sans drain.

Suites opératoires : simples. Guérison locale rapide ; pas d'éventration. Il fait une pleurésie gauche et en meurt quatre mois après son opération.

OBS. XV. — Feug... Marie, 21 ans. En 1930.

Première crise : opération au 3^e jour. Température : 37°9.
Point douloureux net de MAC BURNEY. AG : éther.

Renseignements opératoires : folliculite. Appendicectomie.
Enfouissement sans drain.

Suites opératoires : simples. Revue en 31 : pas d'éventration.

OBS. XVI. — Genis... Filidéa, 8 ans. 4-1-31.

Première crise : opération à la 36^e heure. Vomissements.
Température : 38°5. Pas de point douloureux net. Auscultation négative. AG : éther.

Renseignements opératoires : liquide louche dans le ventre. Endo-appendicite nette. Appendicectomie. Enfouissement. Pas de drainage.

Suites opératoires : simples. Revue en octobre 31 : guérison parfaite ; aucune éventration.

OBS. XVII. — Gratt... Suzanne, 17 ans. 24-11-30.

La malade a présenté deux crises antérieures. 3^e crise aiguë actuelle opérée à la 16^e heure. Température : 38°5. Pouls : 90. AG : éther.

Renseignements opératoires : folliculite. Appendicectomie. Enfouissement. Pas de drain.

Suites opératoires : simples. Sort guérie de l'hôpital. Réponse en 31 : pas d'éventration.

OBS. XVIII. — Hub... Claire, 10 ans. 29-7-30.

Première crise : colique appendiculaire datant de 6 heures. Température : 38°2. Pouls : 100. Nausées. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice turgescent avec calcul de la pointe. Appendicectomie. Enfouissement, sans drain.

Suites opératoires : très simples. Passe à l'Hôpital Debrousse et en sort tout à fait guérie. Réponse en 31 : pas d'éventration.

OBS. XIX. — Lac... Jeanne. En 1930.

Colique appendiculaire apparaissant pour la première fois. Opération 24 heures après le début Température : 38°. Pouls :

100. Point de MAC BURNEY nettement douloureux. Toucher vaginal négatif. AG : éther.

Renseignements opératoires : liquide séreux intra-péritonéal. Endoappendicite. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture totale. Pas de drainage.

Suites opératoires : excellentes. Revue en novembre : pas d'éventration ; très bonne santé.

OBS. XX. Lail... Lucienne, 7 ans. 2-3-31.

Première crise : opérée au déclin d'une grippe. AG : éther.

Renseignements opératoires : endo-appendicite. Appendicectomie. Enfouissement, sans drain.

Suites opératoires : bonnes. Elle passe à l'Hôpital Debrousse ; sort tout à fait guérie. Revue en novembre 31 : très bonne santé ; pas d'éventration ; très bonne paroi ; aucune douleur au niveau de la cicatrice. Aucune tendance à la constipation ou à la diarrhée.

OBS. XXI. — Lalle... Marie-Louise, 20 ans. 25-10-30.

1 crise antérieure La même année, douleur il y a 3 jours ; nouvelle crise aiguë, avec langue suburrale ; vomissements.

Renseignements opératoires : folliculite. L'appendice présente un minimum de lésions. Appendicectomie. Enfouissement ; pas de drain.

Suites opératoires : très bonnes. Elle sort guérie. Réponse en 31 : pas d'éventration ; bonne santé. Aucune douleur de la cicatrice.

OBS. XXII. — Pet... Louis, 33 ans. 20-12-30.

1 crise antérieure. Opération à la 36^e heure du début de la crise actuelle.

Renseignements opératoires : appendice turgescant contenant du pus. Fermeture sans drain.

Suites opératoires : très bonnes. Réponse en 31 : pas d'éventration ; pas de constipation.

OBS. XXIII. — Pezz... Luigina, 23 ans. 1-4-31.

Première crise : opération à la 30^e heure Température : 37°5. Nausées. Point de MAC BURNEY douloureux. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice enflammé, coudé par une adhérence de la frange iléale au voisinage de sa base. Appendicectomie Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : la malade passe à Sainte-Anne et sort guérie. Réponse en 31 : pas d'éventration.

OBS. XXIV. — Praj... Irène, 22 ans. 17-5-30.

Syndrome appendiculaire subaigu datant de 3 jours, avec température à 38°9. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendicite aiguë catarrhale. Appendicectomie. Enfouissement sans drain.

Suites opératoires : la malade passe à Sainte-Anne ; sort guérie. Réponse en août 31 : pas d'éventration.

OBS. XXV. — Rouss... Charles, 28 ans. 28-11-29.

1 crise antérieure. Souffre depuis 3 mois de façon subaiguë. Crise actuelle plus violente, opérée le 28-11-29. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendice à pointe blanchâtre, avec sténose, et distendu. Appendicectomie ordinaire. Enfouissement sans drainage.

Suites opératoires : très bonnes. Réponse en 31 : pas d'éventration ; tendance légère à la constipation.

OBS. XXVI. — Solt... Anna, épouse WIRTZ..., 31 ans. Du 23-5-30 au 18-6-30.

Première crise.

Renseignements opératoires : appendice perforé. Appendicectomie. Enfouissement. 1 mèche.

Suites opératoires : très simples. Réponse en 31 : pas d'éventration ; pas de douleur de la cicatrice. Bonne santé.

OBS. XXVII. — VAHRA Mosé. En 1930.

Opéré à la porte 24 heures après le début de sa première crise. AG : éther.

Renseignements opératoires : on ne trouve pas d'abcès, mais un appendice érectile, non perforé. Appendicectomie. Enfouissement sans drain. Peau ouverte.

Suites opératoires : simples. Sort guéri de la salle Saint-Joseph. Réponse en 31 : guérison parfaite. Pas d'éventration ; jamais de douleur de sa cicatrice. Légère diarrhée depuis l'intervention.

APPENDICES EN SITUATION RETRO-CŒCALE

BAR... A. — Voir plus haut : Obs. II.

OBS. XXVIII. — COUL... Paul, 25 ans. 5-8-30.

On note, dans ses antécédents, plusieurs petites crises larvées. Crise franche actuelle datant du matin, avec température à 38°. Point sus-iliaque très douloureux. Vomissements. Pas de contracture nette. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal, coudé par une adhérence, rouge ; pas de pus. Appendicectomie. Enfouissement ; pas de drainage.

Suites opératoires : simples. 3 mois après il écrit qu'il va bien. Un an après son opération, il nous répond qu'il ne présente pas d'éventration ; guérison parfaite. Tendance légère à la constipation.

OBS. XXIX. — DANIL... Marie, 14 ans. 29-9-30.

2 crises antérieures. Crise aiguë actuelle, opérée le 3^e jour. Point de MAC BURNEY net. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal en voie de perforation. Appendice en volvulus, adhérent à la paroi cœcale. Appendicectomie. Enfouissement. 1 drain. On laisse la peau ouverte.

Suites opératoires : bonnes. Revue 1 mois après : pas d'éventration. Réponse en 1931 : guérison très parfaite ; aucune éventration. Tendance à la constipation.

OBS. XXX. — DEPL... Jean, 40 ans. 13-8-30.

Plusieurs crises antérieures nettes. Crise aiguë opérée à la 48^e heure. Température : 39°. Pouls : 80. Frissons. Douleur nette sus-iliaque. Toucher rectal négatif. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal turgide, avec sphacèle du 1/3 inférieur. Petite perforation à ce niveau. Appendicectomie. Enfouissement, 1 drain, 2 mèches. Fermeture séro-musculaire partielle.

Suites opératoires : très simples. Il passe à Sainte-Marthe, d'où il sort guéri. Revu le 18-10-30 : petite éventration à

l'orifice du drain, ne gênant pas et ne nécessitant pas de traitement particulier.

OBS. XXXI. — DUB... Suzanne, 4 ans.

Plusieurs crissettes antérieures, considérées comme de l'entérite par sa famille. Crise aiguë actuelle, opérée le 5^e jour.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal très long ; la partie moyenne est fixée de court au cœcum ; pointe rouge et turgescente. Endo-appendicite très nette. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture totale.

Suites opératoires : très bonnes. Sort guérie. Revue en 1931 : très bonne santé ; pas d'éventration ; pas de douleur de la cicatrice. Aucun trouble du transit intestinal.

OBS. XXXII. — FERR... Aimée-Claudia, épouse COURT..., 18 ans. 25-10-30.

Première crise, opérée à la 24^e heure. Douleur. Vomissements. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice très long rétro-cœcal, pris sous une bride mésentéro-pariétale. Pointe très enflammée. Ablation sous-séreuse rétrograde. Fermeture totale. Agrafes.

Suites opératoires : simples. Sort guérie de l'Hôpital. Revue en novembre 1931 : pas d'éventration ; bonne santé.

FLOR., — Voir plus haut, Obs. III.

OBS. XXXIII. — GERM... Georges-Louis, 8 ans. 7-10-30.

Première crise, opérée à la 16^e heure. Vomissements. Température : 37°8. Langue saburrale. A la palpation du ventre : aucune douleur, aucune contracture ; pas de point douloureux sus-iliaque. Auscultation négative. Vient de faire des gaz. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : liquide louche dans la cavité abdominale. Appendice rétro-cœcal fixé de court au cœcum sur presque toute sa longueur qui atteint 10 centimètres. Pointe turgescente, nettement enflammée, non perforée. Pus dans l'appendice. Appendicectomie sous-séreuse rétrograde très facile, grâce à la mobilité du cœcum. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : très simples. Passe à l'Hôpital Debrousse, d'où il sort guéri. Réponse 10 mois après : aucune éventration ; bonne santé ; aucune douleur de la cicatrice. Pas de constipation.

OBS. XXXIV. — IMAZ... Angela, épouse TAP..., 40 ans. 19-5-31.

Une crise il y a 2 ans. Crise aiguë actuelle datant de 36 heures. Douleur, vomissements. Température : 38°3. Pouls : 110. Contracture et défense localisée à droite. Pas de point sus-iliaque. Toucher vaginal négatif.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal enroulé à sa base en volvulus, se rompt en l'extirpant. Appendicectomie. 1 drain, 2 mèches. Sérum antigangréneux.

Suites opératoires : simples. Passe à Saint-Paul ; sort guéri. Réponse en 31 : pas d'éventration.

LESC... C. — Voir plus haut, Obs. V.

OBS. XXXV. — MARD... Paul, 22 ans. 2-1-30.

Première crise. Opération au 6^e jour. Il a présenté des vomissements, douleur. Température : 38°2. Point de Mac BURNEY très nettement douloureux. Toucher rectal négatif. Il entre à Saint Philippe le 28-12-29, c'est-à-dire 36 heures après le début de sa crise. On l'opère le 2-1-30. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : épiploon œdémateux. Appendice congestionné, en situation rétro-cœcale, long de 12 centimètres, adhérent par sa partie moyenne au cœcum et coudé à ce niveau. La pointe est libre. Appendicectomie sous-séreuse. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : simples. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

MULS... F. — Voir plus haut, Obs. VII.

OBS. XXXVI. — OUVAR... Georges, 29 ans. Du 7-3-31 au 23-3-31.

Première crise opérée à la porte. Crise aiguë datant de 24 heures, à symptomatologie minima. Température à 37°3. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice rétro-cœcal et rétro-mésentérique, très adhérent, enflammé, non perforé. Appendicectomie. Enfouissement. 1 mèche, 1 drain.

Suites opératoires : très bonnes. Réponse en septembre 1931 : légère éventration à l'orifice du drain. Cicatrice un peu douloureuse. Bonne santé.

OBS. XXXVII. — SAL... Bartholomé, 38 ans. 3-12-30.

Première crise. Opération à la 24^e heure. Vomissements. Point de MAC BURNEY net. Température . 37°4. Pouls : 80. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : un liquide séreux se trouve dans le ventre. Appendice en situation rétro-cœcale ; un repli pariéto-cœcal externe gêne pour aborder l'appendice. Appendicectomie. Enfouissement. 1 mèche, 1 drain. On laisse la peau ouverte. L'examen de la pièce montre un appendice turgide, à pointe distendue ; il contient du pus et n'est pas perforé.

Suites opératoires : simples. A noter, le 5^e jour, que le malade expectore quelques crachats hémoptoïques. Il passe à Saint-Philippe, d'où il sort guéri. Revu en octobre 31 : pas d'éventration.

OBS. XXXVIII. — VIG... Charles, 16 ans. Janvier 1930.

On note dans les antécédents du malade l'existence d'une fièvre typhoïde en août 1928. L'année suivante, il présente 2 crises appendiculaires, en février et en octobre. En janvier 1930, 3^e crise aiguë, pour laquelle on l'opère. On se trouve en présence d'un malade ayant une scoliose, un état général médiocre ; l'examen du sang révèle une réaction positive de BORDET-WASSERMANN.

Renseignements opératoires : on fait une anesthésie locale à cause d'une lésion pulmonaire. On trouve un appendice rétro-cœcal, long de 10 centimètres, sténosé à sa partie moyenne. Le méso présente des ganglions ; le cœcum est recouvert de fausses membranes. Appendicectomie. Enfouissement sans drainage.

L'examen bactériologique du contenu de l'appendice révèle la présence de bacilles d'EBERTH. L'inoculation au co-

baye donne un résultat négatif au point de vue de la tuberculose.

Suites opératoires : simples. Le malade sort guéri. Réponse en 1931 : état général assez satisfaisant ; pas d'éventration ; aucune douleur dans le territoire de l'abdomino-génital.

APPENDICES EN SITUATION LATERO-CŒCALE INTERNE.

OBS. XXXIX. — BOUL... Bitton, 10 ans. 15-9-30.

Première crise, opérée au 3^e jour. A présenté des vomissements, de la diarrhée. Température à 38°. Point douloureux au-dessus et en dedans du point de MAC BURNEY. Langue sale. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice latéro-cœcal interne en voie de perforation. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture sans drain. Peau ouverte.

Suites opératoires : simples. Réponse en 1931 : pas d'éventration ; guérison totale.

OBS. XL. — COMB..., 41 ans. En 1930.

Première crise, opérée à la 36^e heure. Température : 38°5. Pouls : 100. Point de MAC BURNEY nettement douloureux. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendice latéro-cœcal interne, turgide, plein de pus, non perforé. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture. Pas de drain. On laisse la peau ouverte.

Suites opératoires : excellentes. Le malade sort tout à fait guéri. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

OBS. XLI. — DOUG... Christos, 26 ans. En 1930.

Première crise. Opération le 3^e jour. Appendicite avec signes de péritonite.

Renseignements opératoires : ouverture d'un abcès latéro-cœcal interne ; volvulus de l'appendice qui est cravaté par

son méso, et perforé à sa base. Appendicectomie. Sans enfouissement. 1 drain, 3 mèches. On laisse tout ouvert.

Suites opératoires : simples. Revu 1 mois 1/2 après sa sortie : guérison très complète ; pas d'éventration.

OBS. XLII. — MOD... Marthe, 19 ans. En 1930.

Première crise, opérée à la 28^e heure. Température : 38°5. Pouls : 100. A. G. : K, éther.

Renseignements opératoires : liquide louche dans le ventre. Appendice latéro-cœcal interne, perforé près de sa base. On aspire le contenu du Douglas, où l'on met 1 drain.

Suites opératoires : la malade passe à la salle Saint-Paul et en sort guérie. Réponse en 1931 : aucune éventration.

APPENDICES EN SITUATION LATERO-CŒCALE EXTERNE.

GORR... — Voir plus haut, Obs. IV.

OBS. XLIII. — HASS... MOM..., 19 ans. 16-5-31.

Première crise, opérée à la 48^e heure. Vomissements. Température : 38°4. Point de MAC BURNEY très net. Blennorragie il y a 3 semaines. Urines claires actuellement. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendice latéro-cœcal externe, non perforé, enflammé et contenant du pus. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : simples. Il passe à Saint-Louis ; en sort guéri. Revu en octobre : pas d'éventration.

OBS. XLIV. — PASQ... Renée, épouse DED..., 18 ans. 24-11-30.

Première crise, opérée à la 24^e heure. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendice turgescant latéro-cœcal externe, non perforé. Appendicectomie. Enfouissement sans drainage.

Suites opératoires : simples. La malade passe à la salle Saint-Martin. En 1931 réponse : pas d'éventration ; tendance à la constipation.

APPENDICES MESO-CŒLIAQUES

OBS. XLV. — COTT... Georgette, 18 ans. En 1930.

Première crise, opérée à la 36^e heure. Point douloureux en dessous et en dedans du MAC BURNEY. Toucher vaginal négatif. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : appendice méso-cœliaque, un peu enflammé, non perforé. Un peu de liquide louche dans la cavité abdominale. Appendicectomie. Enfouissement sans drainage. On laisse la peau ouverte.

Suites opératoires : simples. Réponse en 1931 : pas d'éventration. Guérison totale.

OBS. XLVI. — GALLA... José-Martinès, 24 ans. 26-4-30.

Première crise, opérée à la 24^e heure.

Renseignements opératoires : appendice très long méso-cœliaque. Appendicectomie. Enfouissement, 2 mèches, 1 drain.

Suites opératoires : simples. Passe à Saint-Philippe, d'où il sort guéri. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

OBS. XLVII. — MART... Marius, 23 ans. 28-1-30 à 8-2-30.

2 crises antérieures. 3^e crise actuelle aiguë datant de 24 heures, avec température à 38°. Pouls : 100. Point douloureux sous-ombilical, presque sur la ligne médiane.

Renseignements opératoires : liquide séreux dans le ventre. Appendice méso-cœliaque non fixé par des adhérences. La pointe est distendue et prête à se rompre. L'appendicectomie est un peu difficile, la pointe étant prête à se rompre. Fermeture sans drainage. Le malade passe à Saint-Philippe.

Suites opératoires : excellentes. Réponse en 1931 : bonne guérison ; aucune éventration.

APPENDICES EN SITUATION SOUS-CŒCALE INTERNE.

OBS. XLVIII. — KIH... Georges, 35 ans. 25-5-30.

Première crise. Opération à la 48^e heure. Point douloureux au-dessus et en dehors du point de MAC BURNEY. AG : éther.

Renseignements opératoires : appendice sous-cœcal, à pointe en dedans. Absès énorme. Aspiration. Appendicectomie. Enfouissement, 1 drain.

Suites opératoires : simples. Passe à Saint-Joseph le 16 mai 1930. Réponse en 1931 : bonne santé ; pas d'éventration ; pas de constipation ; pas de douleur au niveau de la cicatrice.

MICH... C. — Voir plus haut, Obs. VI.

OBS. XLIX. — MIGL... Ettore, 23 ans. En 1930.

Première crise, opérée à la 48^e heure. Vomissements. Point de MAC BURNEY douloureux. Toucher rectal négatif. Température non notée. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : adhérences pariéto-cœcales externes lâches. Appendice rétracté sous-cœcal, nettement enflammé, non perforé. Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture sans drain.

Suites opératoires : bonnes. Passe à la salle Saint-Sacros, d'où elle sort tout à fait guérie. Réponse en 1931 : pas d'éventration.

APPENDICES EN SITUATION PELVIENNE

OBS. L. — RADZ... Nicolas, 39 ans. 9-1-31.

Deux crises antérieures. 3^e crise actuelle aiguë datant de 24 heures. Température : 37°7. Pouls : 96. Point douloureux au MAC BURNEY. Toucher rectal douloureux à droite. On

perçoit à la palpation abdominale une légère sensation de flot. AG : K, éther.

Renseignements opératoires : on trouve dans le péritoine un liquide louche. L'appendice est en situation latéro-cœcale interne, et sa pointe plonge dans le petit bassin. Il est turgide, friable et perforé près de sa base. Appendicectomie. Enfouissement. 1 mèche, 1 drain. Peau ouverte.

Suites opératoires : très bonnes. Le malade est vu 6 mois après, et déclare ne pas avoir d'éventration. Il est examiné 11 mois après, et l'on constate que sa cicatrice est distendue par une éventration de la grosseur d'un œuf de poule ; elle ne gêne aucunement le malade qui ne ressent aucune douleur, et ne présente aucun trouble de son transit intestinal.

En face de ces 50 cas de MAC BURNEY, nous trouvons 50 autres cas qui se répartissent en 1 médiane sous-ombilicale, 19 JALAGUIER et 30 MAX SCHULLER. 3 sur 19 JALAGUIER ont été drainés, et 7 sur 30 MAX SCHULLER ont été drainés également. Nous faisons remarquer enfin que dans 12 cas, à savoir 8 MAX SCHULLER et 4 JALAGUIER, on aurait pu faire une incision de MAC BURNEY.

Nous signalons de suite que, sur les cas étudiés nous n'avons eu que 3 décès, soit une mortalité globale de 3 %, qui devance de beaucoup les taux donnés par Brun (Thèse Paris 1917-18), de 11,53 %, ou par Colombet (Thèse, Paris, 1921), de 7 %. Peut-être avons-nous eu la bonne fortune de tomber sur une série heureuse ; nous sommes néanmoins classés dans les plus faibles mortalités générales, sans aucun doute.

DES DIFFICULTES OPERATOIRES ET DE LEURS CAUSES

Elles tiennent à plusieurs ordres de facteurs que nous allons maintenant examiner :

On a reproché à l'incision de MAC BURNEY d'être insuffisante à donner un *jour* convenable, pour permettre une appendicectomie dans de bonnes conditions. Qu'il nous soit permis de rappeler, comme le fait remarquer GOSSET, que l'aide a dans cette intervention le rôle capital, et que le jour obtenu est fonction de sa bonne volonté. Quand on n'a pas à sa disposition d'aides en quantité suffisante, on utilise deux écarteurs de GOSSET, que l'on place en croix : l'un récline les plans superficiels, l'autre les plans profonds de la paroi. On obtient alors une large ouverture. Un aide, muni alors d'un écarteur de FARABEUF ou D'OLLIER, écarte en bloc tout le système du côté où se trouve l'appendice, que l'on arrive à voir parfaitement. Il n'en reste pas moins que, dans certains cas, et malgré un écartement très convenable, on n'obtient qu'un jour insuffisant, et l'appendicectomie est rendue plus difficile. Nous apportons à l'appui de cette affirmation les 7 premières observations ci-dessus. Ainsi, dans une proportion de 14 %, nous avons eu des difficultés opératoires tenant à un jour insuffisant.

De l'étude de ces 7 cas il ressort que l'*horaire de la crise* est d'une extrême importance. 6 fois sur 7 en effet nous nous sommes trouvés en présence de mala-

des qui se sont présentés après la 36^e heure de leur maladie ; c'est dire que plus le malade est vu tardivement, plus nous aurons de chances d'avoir des complications opératoires, et dans 85,5 % des cas, la voie de MAC BURNEY pourra paraître moins indiquée.

Faut-il conclure que ,chez tout malade qui se présentera après la 36^e heure, nous devons systématiquement rejeter la voie de MAC BURNEY ? Ce fait semble loin d'être démontré, si nous considérons, à côté des cas où nous avons eu des difficultés opératoires, l'ensemble de tous les cas qui se sont présentés tardivement au chirurgien. Nous sommes surpris de constater que plus de la moitié des malades vus 2 jours et plus après le début de leur crise n'ont pas donné de difficultés. Il nous est donc impossible, en envisageant seulement l'horaire de la crise, de nous prononcer pour ou contre l'incision de MAC BURNEY. Nous devons tenir compte d'autres facteurs.

Deux fois sur sept nous sommes en droit d'incriminer *l'influence des crises antérieures*, soit dans une proportion de 28,5 % des cas. Nous tenons à faire remarquer qu'ici, également, nous relevons 11 autres malades qui ont eu des crises antérieures, et dont l'intervention n'en a été nullement gênée de ce fait même. Ce facteur n'a donc qu'une valeur toute relative.

Il en est un autre qui présente un intérêt beaucoup plus grand, c'est *la situation de l'appendice*, source de difficultés au cours de l'intervention. Cinq fois sur sept cas avec difficultés opératoires, soit dans 71,4 % des cas, nous avons trouvé un appendice rétro-cœcal ;

il semble bien que ce soit, dans ces cas-là, que nous devrions éviter de pratiquer l'appendicectomie par la voie de MAC BURNEY ; il sera certes plus sage de choisir une autre incision toutes les fois que la clinique — et nous verrons ultérieurement que le diagnostic est souvent aisé à poser — nous permettra, par un examen très simple, de déterminer la situation de l'appendice derrière le cœcum. Mais tous les appendices rétro-cœcaux ne s'avèrent pas difficilement accessibles dans tous les cas, et, parmi nos malades, il en est plus de la moitié qui ont pu être très facilement opérés (1).

Il reste un quatrième facteur qui, difficile à prévoir d'ailleurs, intervient pour une part dans les difficultés de l'opération. Nous voulons parler des *phénomènes inflammatoires* qui siègent autour de la pointe ou du corps de l'appendice, qui disparaît en totalité ou en partie dans un magma d'adhérences, ou dans un volumineux abcès. Deux fois sur sept, c'est-à-dire dans 28,5 % des cas, nous nous sommes trouvés devant cette éventualité anatomique, et il ne nous semble pas que l'incision de MAC BURNEY ait contribué plus qu'une autre incision à faire naître des difficultés.

L'étude précédente nous permet de poser les indications opératoires suivantes :

Sur 100 incisions de MAC BURNEY, nous aurons 86

(1) Voir page 77 les indications fournies par le siège pelvien, sous-hépatique ou rétro-cœcal de l'appendice.

interventions qui ne présenteront aucune difficulté opératoire, et 14 qui en présenteront.

Sur 100 appendicectomies effectuées à chaud, nous pourrions poser l'indication d'incision de MAC BURNEY dans 43 des cas, et nous pouvons dire qu'en gros 45 % des appendicites peuvent être opérées à chaud par la voie de MAC BURNEY.

Le Docteur CLAVEL a usé largement du MAC BURNEY puisqu'il l'a employé dans la moitié des cas d'appendicectomies que nous avons étudiés. Encore faut-il signaler que, dans la seconde moitié des cas, où une autre voie a été choisie, il aurait pu pratiquer l'intervention par la voie de MAC BURNEY dans 12 cas. Nous ne croyons donc pas exagérer en donnant une proportion de 45 % de malades où systématiquement l'incision de MAC BURNEY peut être faite.

Nous allons examiner rapidement ci-dessous les raisons qui ont poussé le chirurgien à pratiquer les incisions de MAX SCHULLER ou de JALAGUIER.

L'enquête, que nous avons menée, nous permet de mettre en relief quelques causes principales. Au premier plan, se placent les réactions péritonéales très intenses, qui se sont caractérisées cliniquement chez 16 sur 50 de ces malades. En second lieu, nous incriminons l'obésité. Dans 13 cas sur 50 nous avons eu à faire, à des malades très gras, une appendicectomie qui aurait pu être rendue délicate par une incision de MAC BURNEY. Nous saurons nous rappeler ces données, lorsque nous voudrons utiliser cette incision ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point à la fin de ce chapitre.

**DRAINAGE ET EVENTRATION
APRES APPENDICECTOMIE
PAR LA VOIE DE MAC BURNEY.**

Nous avons vu dans le Chapitre I la constitution des divers plans qui forment la paroi antéro-latérale de l'abdomen, les directions différentes des fibres musculaires de chacun de ces 3 muscles, qui représentent une sangle résistante. L'incision de MAC BURNEY crée dans cette ceinture une solution de continuité, en provoquant le minimum de lésions, puisqu'elle ne sectionne ni muscles ni tendons, mais ne fait que les dilacérer. Il est intéressant de voir comment se comporte la paroi après l'opération, chez les sujets non drainés, et surtout chez les drainés.

Disons tout de suite que ceux du premier groupe qui ont été revus ou qui ont répondu à notre questionnaire, soit 32 cas, n'ont jamais présenté la moindre éventration. La reconstitution des plans séromusculaires a été parfaite, et c'est bien là le résultat auquel nous nous attendions. Ce fait est d'ailleurs corroboré par d'autres auteurs. C'est ainsi que BRUYÈRE (Thèse de Lyon, 1930) nous apporte 7 cas de MAC BURNEY, sans qu'une seule éventration ne soit signalée. D'autre part, SEGUIN (Thèse de Lyon, 1929) donne les observations de 21 malades qui ont eu une appendicectomie sans drainage ; revus quelque temps après, aucun n'a présenté une éventration.

Les sujets du second groupe, c'est-à-dire ceux qui ont été drainés, représentent dans notre statistique un total de 17 sur 50, c'est-à-dire un peu plus du 1/3. Nous relevons 3 éventrations, dont une seule vraiment un peu importante et qui nécessiterait une cure radicale. (Cf. Obs. L.) Il paraît bien hors de doute que seul le drainage soit responsable de ces accidents, et qu'une autre incision aurait donnée le même résultat, dans les mêmes conditions. Nous ne pouvons pas comparer sur ce point les résultats que nous ont donnés les incisions de JALAGUIER et de MAX SCHULLER, pour les 50 cas que nous avons pris pour établir notre enquête, car nous n'avons pas suffisamment de résultats éloignés. Nous pouvons cependant conclure que, dans l'appendicectomie à chaud par la voie de MAC BURNEY, les malades drainés sont exposés aux éventrations dans 17,6 % des cas, et que, sur 100 malade opérés avec l'incision de MAC BURNEY, 6 1/4 présenteront des éventrations.

La fréquence de ces résultats éloignés a été très différemment appréciée suivant les auteurs, et nous avons eu l'idée de comparer les chiffres que nous obtenons avec ceux déjà publiés. Nous n'avons réuni que quelques auteurs.

La Thèse de SEGUIN (Lyon, 1929) nous donne, sur 56 MAC BURNEY drainés, une seule éventration, défalcation faite des malades qui n'ont pas été revus ou qui n'ont pas répondu, et des décès (ainsi que nous l'avons fait pour établir notre statistique). Nous obtenons un chiffre de 1,7 % d'éventration, qui est évidemment très éloigné du nôtre.

Dans la Thèse de BRUYÈRE, nous relevons 11 MAC BURNEY drainés, qui ont présenté 3 éventrations dans les suites éloignées. Notre chiffre pour cent est ici largement dépassé, puisque nous atteignons 27.2 %.

Nous n'avons consulté que tout dernièrement un des maîtres de la chirurgie lyonnaise, le Professeur agrégé SANTY, qui a bien voulu nous donner son avis autorisé sur la valeur de l'incision de MAC BURNEY, qu'il fait presque toujours en pratique journalière. Dans l'appendicectomie à froid, il n'a jamais vu la moindre éventration post-opératoire ; dans l'appendicectomie à chaud, il en a observé quelques cas seulement, particulièrement après drainage important, dans les cas de grosses suppurations abdominales. Il est un partisan fidèle de l'incision de MAC BURNEY, qu'il considère comme une excellente incision.

L'étude comparative de ces trois résultats ne nous autorise pas à conclure d'une façon absolue ; nous obtenons un chiffre moyen, qui diffère, de beaucoup, des deux chiffres extrêmes. C'est là une question qui demanderait à être étudiée de plus près sur un nombre de malades suivis et revus, beaucoup plus considérable.

Il est cependant intéressant de voir la proportion des éventrations fournies par les autres incisions ; nous essayerons de nous faire une idée de la place qui revient à l'incision de MAC BURNEY parmi trois d'entre elles, celles de JALAGUIER, de MAX SCHULLER et de PAUL BONNET. Nous trouvons dans la Thèse de BRUYÈRE un nombre important d'observations pour chacune de ces voies, avec les résultats éloignés. Sur

62 JALAGUIER, nous relevons 10 éventrations, soit 16,1 %. Les 51 malades opérés par la voie de MAX SCHULLER comptent 17 éventrations dans les résultats éloignés, soit 33,33 %. L'incision de PAUL BONNET, par contre, pratiquée 15 fois, n'a donné que 3 éventrations, soit 20 %. Ces trois résultats nous surprennent et dépassent grandement celui que nous obtenons (6,25 %) dans notre statistique de cas de MAC BURNEY.

Nous admettrons qu'en pratique, les incisions de MAC BURNEY et de JALAGUIER ont à peu près même valeur, à chaud, pour éviter les éventrations, qui sont l'apanage des incisions verticales.

La question du drainage dans l'appendicite à chaud est actuellement bien au point, et J.-L. FAURE a défini depuis plusieurs années déjà (*Presse Médicale*, 1925) la ligne de conduite du chirurgien dans ces cas. Nous nous permettons cependant de faire remarquer que si, à l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons des lésions très considérables de l'appendice et du péritoine, nous devons faire, de par notre incision même de MAC BURNEY, un drainage plus généreux que par toute autre incision. La paroi a tendance à étrangler le drain, qui se bouche bientôt, et fait office alors de corps étranger dans le ventre, devenant par là-même plus nuisible qu'utile. Le drainage, dans ce cas, ne souffre pas la médiocrité. Nous adjoindrons une ou deux mèches qui favorisent l'écoulement des sérosités péritonéales au dehors et le cloisonnement du péritoine. L'éventration n'en est aucunement accrue de ce fait, et nous rapportons les observations de cinq malades qui ont eu un drain et

trois ou quatre mèches ; il n'en est aucun qui ait présenté la moindre éventration. M. GUIRY (Thèse, Montpellier, 1926-27) déclare, au contraire, que « les drains, même de gros calibre, ne sont pas gênants ; les mèches paraissent favoriser davantage l'apparition des éventrations. En effet, elles constituent un corps étranger plus volumineux, auquel adhèrent les bourgeons charnus, et dont l'ablation nécessitera des tractions fortes qui tirailleront la jeune cicatrice voisine ».

Il est intéressant de rappeler que l'incision de MAC BURNEY, qui ouvre la paroi abdominale par dissociation des muscles, ne donne, en général, lieu qu'à de petites éventrations, les contractions musculaires ayant dans ce cas toujours tendance à effacer la hernie post-opératoire, et à empêcher son extension. Enfin, l'opération de l'éventration après un MAC BURNEY est, en général, tout à fait aisée.

Quant aux névralgies des nerfs grand et petit abdomino-génitaux, elles sont exceptionnelles. Tout au plus voyons-nous des opérés se plaindre de souffrir au niveau de leur cicatrice, au moment des efforts, et surtout à la pression. Ces douleurs sont de durée variable, et à la longue elles finissent par disparaître. Il s'agit là vraisemblablement de l'englobement par le tissu fibreux des abdomino-génitaux ou de leurs branches. Notre statistique ne nous apporte qu'un seul cas de ce genre, et BRUYÈRE n'en signale pas l'existence chez ses 287 opérés.

PEUT-ON PREVOIR PAR LES SIGNES CLINIQUES LE SIEGE DE L'APPENDICE

C'est là une question pleine d'intérêt pour le chirurgien, et qui serait susceptible de lui fournir une indication pour l'emploi de telle ou telle incision, si les renseignements qu'il obtient correspondent à une réalité anatomique. Nous donnerons d'abord le résultat de notre enquête, et nous les comparerons à ceux qui ont pu être recueillis par d'autres chirurgiens.

En considérant d'une part le point où, cliniquement, nous avons situé l'appendice, d'autre part la situation trouvée à l'intervention, nous trouvons que, 5 fois sur 12, le point de MAC BURNEY, nettement douloureux, nous a mis en présence d'un appendice en situation habituelle. Deux autres points douloureux, situés en dessous et en dedans du point de MAC BURNEY, nous ont fourni deux appendices latéro-cœcaux internes. Un point douloureux sous-ombilical et para-médian nous révèle l'existence réelle d'un appendice mésocœliaque. Et enfin, un point douloureux très en dessous du point de MAC BURNEY, proche de l'arcade crurale, nous indiquait un appendice presque pelvien. Soit donc sur 16 cas, où nous croyions pouvoir déterminer la situation exacte de l'appendice, 9 coïncidences seulement entre la clinique et l'opération. C'est dire que, dans un peu moins de la moi-

tié des cas, nous serons dans l'impossibilité absolue de fixer avec certitude le siège du vermium. Nous avons consulté à ce sujet les opinions que divers auteurs avaient émises dans plusieurs articles. M. MOUTONGUET, dans un article paru dans la *Revue Médicale Universelle*, pense que « l'on peut, dans beaucoup de cas, par l'étude du siège de la douleur et de la contracture, avoir une idée suffisamment précise du siège de l'appendice malade pour pouvoir exécuter une incision en regard même de cet appendice ».

M. Chauvenet, de Thouars, dans le *Bordeaux Chirurgical*, pense que « l'on peut, dans certains cas, faire le diagnostic topographique de la situation de l'appendice; qu'il faut faire l'incision en regard des lésions (surtout dans les formes avec abcès circonscrit péri-appendiculaire) ». « Nous avons essayé, ajoute-t-il, de faire comme MOUTONGUET. Nous avouons nous tromper une fois sur deux dans l'estimation du siège de l'appendice. Cet organe se trouve le plus souvent, évidemment, à sa place *moyenne*, et le plus souvent la douleur siège en un point correspondant ou pas. Il ne faut pas faire fi de l'opinion de MOUTONGUET; sauf dans certains cas très rares, il faut faire une incision omnibus ».

Utilisation de l'incision de Mac Burney à chaud

Pour terminer ce chapitre, nous allons envisager, dans une vue d'ensemble, les points particuliers que l'étude critique, à laquelle nous venons de nous livrer, nous a permis de mettre en relief.

1° CHOIX DE L'INCISION AVANT L'INTERVENTION

De l'étude des différents cas envisagés, voici comment nous concevons l'utilisation de l'incision de MAC BURNEY dans l'appendicectomie à chaud.

Toutes les fois que nous aurons à faire à un sujet pas trop obèse, chez lequel nous ne prévoyons pas de difficultés trop considérables de par le nombre de crises antérieures, et surtout de par le siège cliniquement prévu de l'appendice, nous pourrons utiliser l'incision de MAC BURNEY.

Si la palpation nous révèle l'existence d'un plastron trop haut situé, si le point douloureux siège au-dessous du foie, ou au-dessus de la crête iliaque, si le toucher rectal ou vaginal nous fait percevoir un empatement pelvien, si enfin le malade se présente à nous, avec du subictère, un faciès grippé, des lèvres fuligineuses, des yeux excavés, avec tous autres symptômes qui nous orientent vers une réaction péritonéale très intense, dans tous ces cas, nous devons opter pour une autre voie que celle de MAC BURNEY, et qui

nous permettra d'atteindre les lésions *directement*, avec le minimum de dégâts pour la paroi.

Chez la femme enceinte, l'appendice est plus haut, plus proche de la grande cavité abdominale. M. KONG-HAN-MEI (Thèse, Paris, 1931) propose d'atteindre l'appendice par une incision basse parallèle à l'arcade crurale, selon la technique de LECÈNE donnée dans le travail précité. L'opération étant facilitée dans les premiers mois de la grossesse (PIGEAUD, Thèse, Paris, 1931), l'incision de MAC BURNEY pourra être choisie électivement dans quelques-uns de ces cas.

Il reste à déterminer la conduite à tenir en présence d'un enfant ou d'un vieillard. Chez l'enfant au-dessous de 10 ans, l'appendicite aiguë doit être considérée comme une affection sérieuse. (Cf. GIRARDOT, Thèse, Paris, 1913), qui nécessite un diagnostic ferme, précoce, et une intervention dans les premières heures. Nous n'utilisons pas volontiers l'incision de MAC BURNEY, qui, trop souvent, nous fournira un jour insuffisant, du fait qu'à cet âge l'appendice est très volontiers méso-cœliaque ou sous-hépatique. Dans ces cas, et c'est la technique la plus utilisée par M. GIRARDOT, l'incision de JALAGUIER est la voie de choix.

L'évolution de l'appendicite revêt, chez le vieillard, des caractères particuliers ; les symptômes sont tous plus frustes, et, chez lui, plus encore que chez l'enfant, une attention particulière doit tenir en haleine le chirurgien qui doit faire un diagnostic précoce. (Cf. D^r DESGOUTTES, *Presse Médicale*, 1925.) Le diagnostic tardif risque d'ailleurs d'être moins préjudiciable pour le patient âgé que pour l'enfant. L'inci-

sion de MAC BURNEY peut trouver chez lui des indications variables avec les cas.

Ce sont là des cas relativement rares, et dont le chirurgien devra cependant s'inquiéter avant de se décider à faire l'appendicectomie. Il n'en reste pas moins que, dans près de la moitié des cas, nous sommes assurés que l'incision de MAC BURNEY sera suffisante et qu'elle pourra être utilisée plus largement. Il semble bien que cette incision, comme les autres d'ailleurs, ne tire pas ses plus ou moins nombreuses indications de ses avantages ou de ses inconvénients. C'est bien plutôt affaire de convenance personnelle pour le chirurgien. S'il est habitué à utiliser la voie de MAC BURNEY, il obtiendra d'excellents résultats et ne sera nullement tenté d'opérer ses malades par une autre voie. S'il a la pratique d'une autre incision, il ne sera pas enclin de façon expresse à abandonner la voie qu'il connaît bien pour en utiliser une autre qu'il connaît peu.

**2° DE LA CONDUITE A TENIR
EN COURS D'INTERVENTION COMMENCEE
PAR LA VOIE DE MAC BURNEY**

La clinique nous a permis parfois (une fois sur deux en moyenne) de prévoir le siège de l'appendice ; mais nous savons combien tout cela est trompeur, même en tenant compte des crises antérieures, du siège du point douloureux ou de tous autres facteurs. On tombe fréquemment sur un appendice qui ne répond pas à ce que nous avions pu prévoir. Ceci nous amènera,

en cours d'intervention, à modifier peut-être la technique que les facteurs divers, fournis par la clinique, nous avaient permise de choisir. Bien que l'incision ait été faite très correctement, dans certains cas, nous nous heurtons à des difficultés opératoires, à un jour insuffisant pour pratiquer aisément l'ablation de l'appendice, ou bien parfois la voie suivie ne nous a pas menée directement sur le cœcum, qu'on ne trouve pas dans le fond de la plaie.

Que faire ?

La première idée qui se présente à notre esprit est d'élargir la brèche, de se donner un jour plus grand. Il est tentant de débrider d'un coup de ciseaux les angles de la plaie, et c'est la seule solution qui s'offre à nous si nous ne voulons pas rebrousser chemin. Nous libérons ainsi très facilement, par une section de chaque lèvre de la plaie profonde, les faisceaux charnus dissociés des muscles petit-oblique et transverse. On crée ainsi une solution de continuité de leurs faisceaux musculaires, et, immédiatement, la plaie devient béante, le puits diminue de profondeur. Nous n'avons fait que transformer, très mal d'ailleurs notre incision de MAC BURNEY en incision de Roux; cette section franche et aveugle présente de très graves inconvénients. D'une part nous créons une solution de continuité des fibres musculaires qui pourra exposer l'opéré aux éventrations ultérieures, d'autre part nous avons de grandes chances de sectionner du même coup les nerfs grand et petit abdomino-génitaux, et les rameaux abdominaux des derniers nerfs intercostaux.

Nous pouvons tourner la difficulté en suturant en bourse le péritoine, puis les fibres dissociées du petit oblique et du transverse par un point en U. Utilisant alors l'incision longitudinale déjà faite sur le grand oblique, nous faisons en face de celle-ci une incision de JALAGUIER ou de MAX SCHULLER, et nous abordons la cavité abdominale par une voie meilleure et beaucoup moins mutilante pour la paroi. Etant donné ce changement possible d'incision au cours de l'intervention, il y a intérêt à inciser l'aponévrose du grand oblique plus près du grand droit que de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ce qui est contraire aux principes édictés par MAC BURNEY.

3° ERREURS DE DIAGNOSTIC

Il arrive assez fréquemment qu'en présence d'un malade qui a un syndrome abdominal, le chirurgien fasse le diagnostic d'appendicite, alors qu'à l'intervention il se trouve en face d'un ulcus perforé, d'un kyste de l'ovaire tordu, ou de toute autre affection à symptomatologie similaire. Nous allons envisager rapidement dans quelle mesure l'incision de MAC BURNEY a permis de reconnaître ces erreurs et d'y pallier.

A la série de statistique globale du Docteur CLAVEL, sont annexées trois erreurs de diagnostic ; deux fois l'incision de MAC BURNEY a été pratiquée, une seule fois celle de JALAGUIER.

Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un ulcus perforé ; l'incision de JALAGUIER permit un drainage sus-pubien ; l'estomac fut traité d'autre part par une in-

cision médiane sus-ombilicale, et le malade guérit.

Les deux autres cas se répartissent ainsi :

Une tuberculose iléo-cœcale, opérée par la voie de MAC BURNEY, tenant lieu de laparatomie exploratrice simple. Le malade guérit.

Une hémorragie intrapéritonéale par rupture d'un kyste lutéinique de l'ovaire droit tordu et rompu. On pratique une incision de MAC BURNEY. Guérison.

Dans les deux cas où elle fut employée, l'incision de MAC BURNEY permet de rectifier l'erreur de diagnostic et d'orienter, au moins une fois, l'intervention.

Il n'en reste pas moins que, si au cours d'une intervention faite à chaud par la voie de MAC BURNEY, on trouve un appendice sain, au milieu d'un syndrome péritonéal, il vaut mieux refermer l'incision de MAC BURNEY et faire une autre incision mieux placée, dans tous les cas où l'on doit se livrer à une exploration plus complète.

En résumé, nous pouvons dire, de l'incision de MAC BURNEY, qu'elle est excellente dans l'appendicectomie à chaud, et que ce serait une *erreur* que de vouloir l'appliquer systématiquement et indistinctement à tous les cas. Nous considérons qu'il faut garder, dans les techniques opératoires, les incisions de JALAGUIER et de MAX SCHULIER, qui demeurent deux incisions excellentes.

Conclusions

I. — L'incision de MAC BURNEY, exécutée suivant la technique de son auteur, est excellente du point de vue anatomique, pour aborder l'appendice par le plus court chemin, avec une mutilation de la paroi réduite au minimum. Les nerfs abdomino-génitaux et leurs branches devront être ménagés, sous peine d'incidents post-opératoires peu graves, mais nullement négligeables.

II. — Dans l'appendicectomie à froid, cette incision ne devra être utilisée que dans les cas où il ne s'agit pas d'une intervention exploratrice ; toutes les fois qu'on voudra explorer d'autres organes intra-abdominaux, notamment la vésicule ou les annexes de l'utérus chez la femme, il faudra recourir à une autre incision.

III. — Dans l'appendicectomie à chaud, la caractéristique de l'incision de MAC BURNEY est de donner un jour assez important, mais néanmoins limité et non susceptible d'agrandissement sans mutilation de la paroi.

IV. — Les résultats éloignés de l'incision de MAC BURNEY sont excellents ; l'absence d'éventration est la règle, même dans les cas où la paroi a été largement ouverte avec un drainage important.

V. — Dans l'appendicectomie à chaud, l'incision de MAC BURNEY ne sera pas utilisée dans les cas suivants :
chez les enfants au-dessous de 10 ans ;
chez les sujets obèses ;

et toutes les fois que l'existence de crises antérieures, l'horaire de la crise actuelle, le siège non franchement iliaque du point douloureux et de l'empatement font prévoir des difficultés opératoires.

Au total, nous considérons que l'incision de MAC BURNEY, dans l'appendicectomie à chaud, ne trouve son indication que dans 45 % des cas au maximum.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,
Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

Nous ne rapportons ici, parmi les innombrables références de cette Bibliographie, que celles des ouvrages cités ou consultés par nous pour la rédaction de ce travail.

ACQUAVIVA. — L'éventration post-opératoire. *Th. Montpellier*, 1921.

BÉRARD ET VIGNARD. — L'appendicite aiguë. Etude clinique et critique. *Masson*, 1914.

BESSIEUX. — 250 appendicectomies, sans enfouissement du moignon. *Th. Montpellier*, 1929.

BONNET (Paul). — Incision iliaque basse transversale. (*Lyon Chirurgical*, 1925, p. 712.)

BRUN (G.). — Des avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës. *Th. Paris*, 1917-18.

CHALIER (A.). — A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 9 octobre 1929, p. 1315.)

CHARPIOT. — Traitement de l'appendicite aiguë. Appendicectomie systématique. *Th. Dijon*, 1924-1925.

CHAUVENET (de Thouars). — A propos de 350 interventions pour appendicite aiguë. (*Bordeaux Chirurgical*, n° 2, p. 102, 1930.)

COLOMBET. — Appendicectomie systématique d'urgence pendant la crise. *Th. Paris*, 1921.

- COUDERT. — Appendicite aiguë. 220 observations d'appendicectomie à chaud. *Th. Paris*, 1929.
- DAMAYE. — Du traitement chirurgical de l'appendicite à répétition. *Th. Paris*, 1895.
- DESGOUTTES (L.). — Le symptôme minimum dans l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 10 octobre 1925, p. 1346.)
- DREYFUSS (A.). — Diagnostic différentiel entre l'appendicite et la cholécystite. *Th. Lyon*, 1902-1903.
- DURAND (M.). — L'intervention précoce, avec fermeture de la paroi, sans drainage, dans le traitement de l'appendicite aiguë. (*Lyon Médical*, n° 24, 14 juin 1914, p. 1301.)
- FAURE (J.-L.). — Drainage dans l'appendicite à chaud. (*Presse Médicale*, 7 octobre 1925, p. 1329.)
- FAVEZ. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Th. Paris*, 1928.
- GAND. — De l'appendicite chez les sujets âgés. *Th. Lyon*, 1906.
- GIRARDOT. — De la conduite à tenir dans les appendicites aiguës chez l'enfant. *Th. Paris*, 1913.
- GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. T. II, p. 21.
- GUIRY. — Contribution à l'étude de la cure radicale des éviscération abdominales. *Th. Montpellier*, 1926-1927.
- KOERBLER (G.). — Sur le diagnostic de l'appendicite par la douleur à la pression. (*Revue de Chirurgie*, 1929, p. 347.)
- KONG HAN MEI. — Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë. 140 observations. *Th. Paris*, 1931.
- LENORMANT. — Traitement de l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 20 déc. 1919, p. 784.)
- MAC BURNEY. — The incision made in the abdominal wall, in cases of appendicitis with a description of a new method of operating. (*Annals of Surgery Philadelphia*, 1894, p. 38 à 43. Analysé par JAYLE, in *Presse Médicale*, 1^{er} sept. 1894.)
- MÉTIVET. — Remarques sur le traitement de l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 31 août 1929 et 21 déc. 1929.)

MOULONGUET. — *Revue Médicale Universelle*, t. II, n° 4, 1927, p. 7.

PATEL. — De l'incision transversale sus-pubienne pour l'ablation de l'appendice chez la femme. Discussion BÉRARD et TIXIER. (*Nous n'avons pas pu trouver la référence.*)

PATEL ET VERGNORY. — L'incision de Pfannestiel en gynécologie. (*Lyon Chirurgical*, 1923, p. 298.)

PERRAULT (M.). — Faut-il supprimer le drainage dans toutes les péritonites ? *Th. Lyon*, 1921-1922.

PHOCAS. — L'incision spinoso-ombilicale dans l'opération de l'appendicite. (*Presse Médicale*, 1927, p. 310.)

PICQUÉ (L.). — L'éventration consécutive aux opérations pratiquées dans l'appendicite à chaud. Pathogénie. Prognylaxie. (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1912, p. 53.)

PICQUÉ (R.). — Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, t. II, p. 629.

PIGEAUD (P.). — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. *Th. Paris*, 1931.

SAUVEJUNTE (DE). — Contribution à l'étude de l'appendicite et de la hernie inguinale droite concomitante. *Th. Lyon*, 1905.

SÉGUIN. — Considérations sur 178 observations pour appendicite aiguë et sur leurs suites. *Th. Lyon*, 1928-1929.

SPASSITCH. — L'incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie. *Th. Lyon*, 1925.

TESTUT ET JACOB. — Précis-atlas de dissection des régions, t. I, p. 108 et suivantes.

TESTUT ET JACOB. — Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales, t. II, p. 34 et suivantes.

TESTUT (revu par LATARJET). — Traité d'anatomie humaine, 8^e édition, t. I, p. 941 et suivantes.

TOURNEMELLE. — Des éventrations post-opératoires. *Th. Paris*, 1900-1901.

WARREN. — Complications et mortalité de l'appendicite. (*The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5523, 6 juillt. 1929, p. 16.)

Table des Matières

Introduction	9
I. — ANATOMIE DE LA RÉGION	13
II. — LA TECHNIQUE ORIGINALE DE MAC BURNEY	25
Modification de GOSSET	33
Technique de M. le Professeur TIXIER	35
Note sur la variante de l'exécution de l'incision dite de MAC BURNEY	38
III. — VALEUR DE L'INCISION DE MAC BURNEY DANS L'AP- PENDICECTOMIE A FROID	41
L'incision chez la femme	41
La nécessité dans une appendicectomie à froid à respecter certains organes	44
IV. — VALEUR DE L'INCISION DE MAC BURNEY DANS L'AP- PENDICECTOMIE A CHAUD	47
Appendicectomies par la voie de MAC BURNEY avec jour suffisant	48
Appendices en situation habituelle	52
Appendices en situation rétro-cœcale	57
Appendices en situation latéro-cœcale interne ..	61
Appendices en situation latéro-cœcale externe.	62
Appendices méso-cœliaques	63
Appendices en situation sous-cœcale interne	64
Appendices en situation pelvienne	64
Des difficultés opératoires et de leurs causes	66
Drainage et éventration après appendicectomie par la voie de MAC BURNEY	70
<i>Peut-on prévoir par les signes cliniques le siège de l'appendice</i>	75
Utilisation de l'incision de MAC BURNEY à chaud.	77
Conclusions	83
Bibliographie	85

